Georges MARION
Interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE COURS ET LES SUITES

de l'Ulcère simple de l'Estomac

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine-Dubois, 4

1897

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

Le Dr DESPRÈS

(Externat 1890. — Internat 1892)

A MES MAITRES

Hommage de mon affection et de ma reconnaissance la plus vive pour l'honneur qu'ils m'ont fait en m'acceptant comme élève, pour toutes les leçons que j'ai reçues d'eux, pour l'appui que j'ai toujours trouvé si libéralement en eux dans le cours de ma carrière d'étudiant.

M. le Professeur DIEULAFOY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔTEL-DIEU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1891 — Internat 1894)

Je lui dois tout ce que je sais en médecine, et beaucoup de ce que je connais en chirurgie, car il m'a fait comprendre que les deux sciences ne peuvent aller l'une sans l'autre. Je n'oublierai jamais cette année d'internat de quinze mois, qui m'a paru si courte cependant, séduit que j'étais par son enseignement clinique si brillant, son ardeur pour toutes les choses nouvelles, cet entrain au travail qu'il sait communiquer à tout son entourage.

M. le Professeur TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA CHARITÉ
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1895)

J'ai pu, dans son service, profiter de ces leçons cliniques si appréciées, qui en ont fait le maître par excellence. Il sait à quoi elles m'ont servi ; et il me serait difficile de mon côté d'oublier tout ce que je lui dois. — Il a bien voulu enfin, accepter la présidence de cette thèse, je l'en remercie de mon cœur.

M. le Professeur BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA PITIÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1896)

Dans le service qu'il a créé à la Pitié, j'ai appris à pratiquer dans toute sa rigueur la méthode antiseptique. Pendant cette dernière année d'internat il m'a toujours témoigné une sympathie et une bienveillance dont je lui suis profondément reconnaissant.

M. le Professeur DUPLAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔTEL-DIEU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui, sans me connaître personnellement, a bien voulu me faire l'honneur de m'accepter comme élève. Je ne saurais trop l'en remercier, et l'assurer de tous mes efforts, pour me montrer digne de son choix.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ A MON INSTRUCTION MÉDICALE :

A Messieurs les Docteurs

POIRIER, RICARD, RIEFFEL, ROUTIER, THIERY, WALTHER, WIDAL.

Monsieur MICHAUX a bien voulu me considérer non seulement comme un élève, mais comme un ami ; il sait combien je lui suis reconnaissant de ses conseils et de son affection.

A mes Amis les Docteurs CHARRIER et REBLAUB

Je remercie MM. les Docteurs Albert ROBIN, TUFFIER, LAMBOTTE pour les conseils et les observations qu'ils ont bien voulu me fournir pour cette thèse.

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Jusqu'ici les indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac ont été des plus restreintes, et il semble qu'on n'ait osé aborder qu'avec crainte, cet organe, pour les affections duquel la chirurgie paraît aujourd'hui assez bien armée. Et cependant, combien de malades auraient pu retirer profit d'une intervention faite en temps opportun, alors qu'ils ont été abandonnés à leur malheureux sort, sans que, souvent, on ait même discuté la possibilité d'une intervention. On a trop l'habitude de considérer l'ulcère de l'estomac comme une affection médicale, et il ne vient pas à l'idée que là où la médecine a fini son œuvre et a fait preuve d'impuissance, la chirurgie pourrait bien quelque chose. C'est ce que nous allons essayer d'établir, en nous appuyant sur les interventions, peu nombreuses encore, peu nombreuses surtout en France, beaucoup plus à l'étranger, mais qui suffisent à prouver que l'estomac ne doit plus être regardé comme un organe inabordable, et qu'il est possible de faire beaucoup pour lui, dans un cas d'ulcère.

Loin de nous, du reste, la pensée de proposer une intervention chirurgicale pour tout ulcère de l'estomac. Un traitement médical bien dirigé, et surtout institué à temps, est d'une efficacité incontestable, et ce sont encore les plus nombreux les cas curables par une thérapeutique faite de régime et de médicaments. Mais à côté de cette grosse majorité il faut compter avec les cas nombreux aussi, qui conduisent les malades à une terminaison fatale; avec ceux,

d'autre part, qui, bien et dûment guéris, ne tardent pas à récidiver, il faut compter avec les accidents si variés auxquels sont exposés ces malades. C'est dans ces cas que le chirurgien doit proposer une intervention.

Reste à poser les indications de l'intervention et sa nature.

Il nous semble qu'on peut considérer la question du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac de la façon suivante : il existe toute une série d'accidents où l'opportunité de l'opération ne peut être discutée ; d'autre part, il est des cas où l'intervention est sujette à contestation et où la nécessité de l'opération ne peut être encore actuellement posée absolument en principe, bien qu'elle s'appuie sur des raisons que nous croyons suffisantes.

Étant donné les principes actuels de la chirurgie, je crois que personne ne contestera l'utilité de l'intervention dans la perforation, les hémorrhagies rebelles aux moyens médicaux, les sténoses de l'estomac et du pylore, les adhérences. Pour les perforations, la chose semble admise, mais elle est loin de l'être pour les hémorrhagies, et cependant, en face d'une artère qui saigne, le principe formel est de la lier, à quelqu'organe qu'elle appartienne. Que cela soit plus facile ailleurs qu'à l'estomac, là n'est pas la question. Quant aux rétrécissements, aux adhérences, peut-être les médecins les feraient-ils opérer, s'ils y pensaient, et les diagnostiquaient plus souvent.

Mais à côté de ces cas, qui ne représentent, en somme, que des complications de l'ulcère, il existe ceux d'ulcère non compliqué, pour lesquels il est permis de se demander s'il n'est pas bon d'intervenir, et si, à un moment donné, le traitement chirurgical ne doit pas faire place à la thérapeutique médicale : si, en un mot, on ne doit pas, dans certaines circonstances, tenter la cure radicale de l'ulcère de l'estomac comme on tente la cure radicale d'une hernie, en dehors de l'étranglement.

Tels sont les deux points de vue auxquels nous envisageons

la question. Une fois les indications nettement posées, nous dirons quel mode d'intervention nous semble préférable.

Disons cependant que nous laisserons absolument de côté l'étude de l'intervention dans l'ulcère perforé. Dans ces dernières années, tant de travaux ont paru sur ce sujet qu'il me paraît inutile d'y revenir. Tenter la laparotomie dans un cas de péritonite, de même qu'ouvrir l'abcès péritonéal consécutif à une perforation de l'estomac, est, je crois, un fait banal, admis par tous aujourd'hui, et en prouver de nouveau la nécessité ne serait que redite.

« C'est à *Rydygier* (1) que nous devons la première tentative opératoire ayant pour but la guérison radicale de l'ulcère rond ou ulcère simple de l'estomac. Le 21 novembre 1881, ce chirurgien audacieux opéra une femme de 30 ans, affectée d'un ulcère du pylore avec dilatation stomacale extrême : la grande courbure arrivait en effet jusqu'à la symphyse. L'ulcère occupait la paroi postérieure du pylore. Les adhérences de ce dernier avec le pancréas mirent à une rude épreuve l'habileté et le sang-froid de l'opérateur. En outre les parois stomacales étaient très épaissies jusqu'à une assez grande distance du pylore. Une fois la résection terminée, la réunion de l'estomac avec le duodénum présenta également de grandes difficultés. Cette grave intervention fut néanmoins couronnée d'un plein succès : tous les symptômes dus à l'ulcère et à la dilatation consécutive de l'estomac ne tardèrent pas à disparaître complètement. Six ans plus tard, dans une communication au Congrès des chirurgiens allemands. Rydygier eut la satisfaction d'annoncer que son opérée continuait à jouir d'une excellente santé. »

« ... Dès que son opérée put être considérée comme guérie, il s'empressa, on le comprend, d'annoncer dans un journal médical l'heureuse issue de son intervention. Son court

(1) *Rydygier*. Die erste Magenresection beim Magengeschwür. — (Berl., klin. Wochensch., 1882. N° 3.)

travail était intitulé : « La premiàre résection de l'estomac pour ulcère. » « Et la dernière, espérons-le, » fut la réponse laconique et peu courtoise de la rédaction d'un important recueil de chirurgie (1), donnant un résumé du travail en question. » (2)

Cette espérance peu flatteuse devait être bientôt déçue, car le 27 janvier 1881 *Van Kleef* (3) pratiquait de nouveau une résection du pylore pour ulcère d'estomac, avec un résultat opératoire aussi bon que celui de Rydygier, mais moins satisfaisant au point de vue fonctionnel, la malade étant obligée de continuer les lavages de l'estomac, et de suivre un certain régime.

Le 13 décembre 1882, nouvelle résection du pylore pour ulcère, par *Czerny* (4), avec un succès des plus complets.

Puis il faut arriver jusqu'en 1885 pour trouver des nouveaux cas. C'est *Lauenstein* (5) qui pratique la résection du pylore chez un homme atteint de sténose, suite d'ulcère, le 29 janvier 1885 ; puis le 11 février 1885, c'est *Czerny* (6) qui pratique une résection dans les mêmes circonstances. Le 21 décembre de la même année, nouvelle résection du pylore par *Billroth* (7). Malheureusement l'heureuse série du début ne continue pas, et ce sont trois cas de mort que nous avons à enregistrer.

(1) Centralblatt für Chirürgie, 1882. P. 193.

(2) *Comte.* Semaine médicale, 1895. P. 397.

(3) *Van Kleef.* Centralblatt für Chirürgie, 1882. P. 756.

(4) *Maurer.* Beiträge zür Chirürgie des Magens. (Archiv für klin. Chirurgie, 1887, t. XXX, p. 1).

(5) *Lauenstein.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1894. Bd. 44. 3 ünd 4 Heft).

(6) *Czerny et Rindfleisch.* Beiträge zü klin. Chirurgie, 1892, p. 674.

(7) *Eiselsberg.* (Archiv für klin. Chirurgie, 1889, T. 39). Les résections de l'estomac et les gastro-entérostomies dans la clinique du Prof. Billroth depuis le mois de mars 1885 jusqu'au mois d'octobre 1889.

C'est *en 1886* qu'Heinecke (1) pratique avec succès la première pyloroplastie pour sténose pylorique, consécutive à un ulcère ; l'opération gardera son nom. La même année, *Mikulicz* (1) pratique la première gastro-entérostomie pour sténose du pylore· Son malade guérit de l'opération, mais il continua à souffrir et Mikulicz pense que douleurs étaient dues à la compression du côlon transverse.

En 1887, le 13 février, Mikulicz (1) intervient sans succès pour des hématémèses ; il pratique la cautérisation de l'ulcère et fait la deuxième pyloroplastie. Le 26 mars *de Salzer* (2), à la clinique de Billroth, pratique une résection suivie de guérison. Le 27 octobre, Billroth (3) en pratique une nouvelle ; il en pratique encore deux autres le 17 novembre et le 16 décembre. Sur ces trois opérations, deux morts et une guérison opératoire. Trois mois après cette guérison, le malade mourait d'un cancer du pylore ; l'examen de la pièce enlevée par la résection avait démontré cependant une sténose de nature bénigne. Billroth suppose que chez une malade atteinte de cancer de l'utérus, car le malade avait un cancer de l'utérus, il y a eu localisation secondaire du cancer au niveau de la cicatrice de la pylorectomie. Le 3 novembre de la même année, *Fritzche* (4) pratiquait une gastro-entérostomie soi-disant pour un cancer du pylore, mais comme huit mois après l'opération le malade allait de mieux en mieux, il pense avec raison qu'il devait s'agir d'une sténose, suite d'ulcère.

A partir de *1888*, les cas se multiplient : *Billroth* (5) pratique dans un cas une gastro-entérostomie postérieure ; malheureusement un abcès de la paroi abdominale détermina

(1) *Heinecke.* — *Mikulicz.* Archiv für klinische Chirurgie 1888, T. 37, p. 79.

(2) *De Salzer.* — *Eiselsberg*, loc. cit.

(3) *Eiselsberg*, id.

(4) *Fritzsche.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, n° 15, p. 457. 1er août 1888.

(5) *Billroth.* — *Eiselsberg*, Loc. cit.

la mort par péritonite ; une autre fois il résèque le pylore sans succès encore. *Fritzche* (1) pratique la seconde gastro-entérostomie avec succès. *Bond* (2) fait une dilatation digitale suivie d'un succès opératoire ; mais onze mois après le malade succombait à des troubles intestinaux. *Lauenstein* (3) pratique deux pylorectomies avec une mort et une guérison. *Cordua* (4) résèque un ulcère de la paroi antérieure de l'estomac, avec un succès opératoire.

C'est également en 1888 que *Loreta* (5) est amené pour la première fois à intervenir dans un cas d'adhérences stomacales. Le 12 juillet 1888, il pratiquait la libération d'adhérences déterminant des troubles dyspeptiques et douloureux intenses. L'opération fut suivie d'un résultat immédiat excellent, mais ultérieurement, les troubles reparurent, probablement à cause de la formation de nouvelles adhérences. Le 4 décembre, *Billroth* (6) fut plus heureux : après avoir sectionné des adhérences, il réséqua une portion de la paroi antérieure de l'estomac : le résultat fut excellent.

Signalons enfin la même année la tentative de *W. Gannett* (7) pour arrêter une hématémèse. Mais à l'ouverture de l'abdomen, les adhérences du pylore firent reculer l'opérateur. A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'une ulcération de la pancréatico-duodénale.

L'année suivante, 1889, les opérations pour sténose continuent, ce sont celles de *Czerny* (8) (deux résections), de *Lauenstein* (9), (une résection), de *Novaro* (10) (une résection).

(1) *Fritzsche*. Loc. cit.
(2) *Bond*. Lancet, 25 juillet 1896, p 236.
(3) *Lauenstein*. Loc. cit.
(4) *Cordua*. Revue des Sciences médicales. XXXIV, p. 259.
(5) *Loreta*. — *Codivilla*. Gazetta degli Ospitali. Septembre 1888.
(6) *Billroth*. — *Eiselsberg*. Loc. cit.
(7) *W. Gannett*. Boston méd. Journal, p. 38. 10 janvier 1889.
(8) *Czerny et Rindfleisch*. Loc. cit.
(9) *Lauenstein*. — Loc. cit.
(10) *Novaro*. — Contributo alla chirurgia dello stomaco — Sienne. 1890

— Pour hémorrhagie, *Mikulicz* (1) pratique une nouvelle intervention pas plus heureuse que celle qu'il avait faite deux ans auparavant. Dans ce cas, au lieu d'une cautérisation, il pratiqua la suture des parois de l'estomac. C'est en 1889, le 14 octobre, que *Von Waht* (2) intervient pour la première fois dans le cas d'estomac biloculaire. Malheureusement, il ne reconnut pas la lésion, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put vérifier la déformation de l'organe.

Nous renonçons, à partir de cette époque, à donner une énumération de toutes les interventions pratiquées. On en trouvera le détail et les indications, soit dans le cours de ce travail, soit au chapitre des observations. Ce qu'il faut constater, c'est que, jusque-là, la chirurgie française s'est abstenue et que nous ne trouvons nulle observation d'opération au cas d'ulcère. Elle n'entre en scène que le 9 mai 1892 avec M. Doyen, qui, chez une femme de 35 ans, pratique une pyloroplastie, bientôt suivie de récidive. Celle-ci nécessita une gastro-entérostomie, suivie d'un succès complet. Puis viennent les opérations nombreuses de ce chirurgien, celles du Prof. Terrier, celles de MM. Guinard, Ricard, Chaput, Tuffier, dont on trouvera le détail dans les observations.

Signalons également comme date le 3 novembre 1892, où *Krukenberg* (3) réussit pour la première fois une opération destinée à remédier à un estomac biloculaire. Avant lui, avaient eu lieu deux interventions pour la même affection, celle de von Waht, citée plus haut, et en 1890 celle de *Bramann* (4), qui, par suite de l'état de faiblesse de l'opérée, fut obligé de s'arrêter au milieu de l'opération.

(1) *Mikulicz.* — Obs. due à l'auteur.

(2) *Von Waht.* — *Nissen.* Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift, 20 octobre et 1er novembre 1890.

(3) *Krukenberg.* — *Schmidt-Monnard.* — Münchener Wochenschrift, 1893, n° 19.

(4) *Bramann.* — *Bauermister.* — Inaug. Dissertation. Halle. 1890.

Nous n'irons pas plus loin dans cette énumération, qui finirait par être sèche et sans intérêt; nous ne voulons plus que signaler les travaux les plus importants qui ont été faits sur le sujet. Nous ne prétendons pas les citer tous, mais tous ceux que nous allons citer ont été lus par nous et ce sont ceux qui nous ont semblé de quelque importance. On ne trouvera pas à la fin de ce travail une bibliographie plus ou moins fantaisiste ; tout ce qui m'a paru inutile, je l'ai laissé de côté. Je ne nie pas avoir méconnu certains travaux, peut-être intéressants, soit parce que je n'en ai pas eu connaissance, soit parce que je n'ai pu me les procurer ; j'aurais pu les citer, d'après les indications trouvées dans ceux que j'ai eus entre les mains, je ne l'ai pas fait, étant ignorant de leur valeur. Par conséquent, les travaux les plus importants vont être énumérés ci-dessous ; quant aux observations isolées on en trouvera l'indication au moment de leur reproduction :

Comte. Traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac. (Semaine Médicale, 1895. P. 397).

Doyen. Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum. Paris, 1895.

Dreydorff. Contribution à la chirurgie de l'estomac. (Beiträge zùr klin. Chirùrgie, 1894. XI. P. 333).

Duvivier. Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy (Th. Paris, 1895).

Bouquet de Jolinière. Des adhérences péritonéales. (Th. Lyon, 1896).

Jaboulay. Nouveaux faits de chirurgie stomacale. (Archives provinciales de chirurgie, 1896. P. 641-649).

Klaussner. Contribution au traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac (Münchener medicinische Wochenschrift, 15 septembre 1896).

Krogius. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. (Centralblatt für Chirùrgie, 1896, 30 mai).

Küster. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (Archiv für klin. Chirurgie, 1894, t. XLVIII).

A. Lambotte. Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère. (Annales de la Société belge de chirurgie, 1896, 15 avril).

E. Lambotte. De la cure radicale de l'ulcère chronique de l'estomac (La Clinique, 1894).

Lauenstein. Chirurgie de l'estomac. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1896. Bd. 44, 3 und 4 Heft.

Mahaut. De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse. (Th. Lyon, 1895-96).

Mintz. Statistique. (Zeitschrift für klinische Médecine, T. 25).

Mintz. Résultats fonctionnels des opérations sur l'estomac. Wiener Klinische Wochenschrift, 1895).

Mikulicz. Archiv. für klinische Chirurgie, 1888, p. 79.

Novaro. Contributo alla chirurgia dello stomaco. Sienne, 1890.

Von Noorden. Deux cas d'opération pour troubles fonctionnels survenant à la suite d'ulcère d'estomac. (Münchener médicinische Wochenschrift, 1er sept. 1896.

Victor Perret. Estomac biloculaire. (Th. Lyon, 1896).

Roux. De la gastro-entérostomie. (Revue de Gynécologie, 1897, p. 67).

Rydygier. Intervention chirurgicale sur l'estomac et l'intestin (Wiener klin. Wochenschrift, 1894, p. 173, 196, 217).

Trognon. La gastro-entérostomie en France et ses résultats. (Th. Paris, 1893).

Wassilieff. Importance de la gastro-entérostomie dans la chirurgie de l'estomac. (Annales de chirurgie russe, 1896. N° 2).

Notre travail est divisé de la façon suivante : Dans une première partie, je passe en revue les différentes indications opératoires dans le cours de l'ulcère ; et à propos de chacune d'elles, je rappelle brièvement quelques-unes de leurs particularités les plus saillantes, celles qui semblent le plus utile à connaître pour le chirurgien ; je discute l'opportunité de l'intervention, et les symptômes qui doivent la déterminer.

Dans une seconde partie, j'expose le traitement de chacun des cas dans lesquels on pourra avoir à intervenir au cours de l'ulcère. Enfin, la troisième partie comprend les observations. Ces observations sont classées suivant la cause qui a déterminé l'opération. Dans chaque classe, elles sont rangées par ordre alphabétique des noms des auteurs qui ont publié ces observations. Dans un tableau j'ai, au contraire, disposé les cas d'après la date de l'opération.

En fait d'observations, je n'en intitule aucune, observation personnelle, pour la bonne raison, qu'au sortir de l'internat il serait bien difficile d'en fournir sur un sujet pareil. Il ne me semble pas que cela ait une importance capitale ; car en aurais-je quelques-unes, elles ne suffiraient pas à justifier, vu leur petit nombre, un mode opératoire. Mais j'ai quelques observations inédites, et si je le signale, c'est uniquement pour qu'on ne croie pas que j'aie fait exception à la règle qui semble vouloir qu'une thèse ne puisse exister sans au moins une observation inédite.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

A. *Hémorrhagies*

Les hémorrhagies qui nous intéressent sont les hémorrhagies mortelles, à plus ou moins bref délai. Dans l'ulcère de l'estomac, l'hémorrhagie s'observe comme symptôme dans 80 °/₀ des cas environ, mais elle ne conduit à la mort que dans 5 °/₀ des cas, d'après Lebert.

Ces hémorrhagies mortelles peuvent s'observer dans les ulcères jeunes, mais, fait important, sur lequel nous reviendrons au moment de la discussion de la cure radicale de l'affection, ce sont surtout les ulcères anciens, et souvent même des ulcères cicatrisés qui sont le siège de l'écoulement sanguin. A l'occasion d'un traumatisme, d'un effort, à la suite d'un repas trop copieux, la cicatrice, moins solide que la muqueuse, se rompt et, avec elle, les vaisseaux qu'elle contient.

Quelquefois l'hémorrhagie est tellement abondante que c'est en quelques instants que la mort a lieu, parfois sans qu'il y ait vomissement, tant le choc est brusque. On n'observe alors que des symptômes d'hémorrhagie interne. Nous trouvons un bel exemple de ce type d'hémorrhagie foudroyante dans la Thèse de Caillard (Th. de Paris, 1833). Il s'agit d'une femme qui, transportée à l'hôpital pour un vomissement de sang, meurt à peine arrivée; à l'autopsie, on trouva l'estomac adhérent au pancréas et l'artère splénique ulcérée. Évidemment, dans cette forme, on ne peut songer à une opération; l'hémorrhagie donne à peine le temps de formuler un diagnostic; à plus forte raison ne laisse-t-elle pas celui d'intervenir.

Mais plus fréquents sont les cas où l'hémorrhagie n'emporte les malades qu'au bout de quelques jours. Les vomissements de sang sont alors la règle: ils se produisent abondants, à intervalles rapprochés, et résistent à tous les efforts de la thérapeutique. Quelquefois on croit l'hémorrhagie arrêtée, mais bientôt elle reparaît pour ne plus s'arrêter; elle ne cesse qu'à la syncope terminale. Nous citons comme exemples de cette forme trois cas, dont deux empruntés aux Bulletins de la Société anatomique. Le troisième, tiré de la *Presse médicale*, est pour moi d'autant plus intéressant que j'ai assisté en partie à l'agonie du malade. Me trouvant un jour, en effet, dans le service de mon maître, M. le Prof. Dieulafoy, je vis ce malade, auquel on pratiquait une injection intraveineuse de sérum; il avait déjà vomi deux cuvettes de sang rouge et était dans un état d'anémie extrême. Malgré tout ce qu'on put faire, il mourut le lendemain. L'intervention avait été discutée, mais je ne sais pourquoi elle ne fut pas pratiquée.

Ulcère simple de l'estomac. — Hématémèse foudroyante. — Pas de symptômes gastriques antérieurs

Par M. BAZY.

Bull. de la Soc. Anat. 1876, p. 635.

Lef. Charles, 43 ans, entre le 23 octobre 1876 dans le service de M. Nicaise.

Cet homme vient à l'hôpital pour une contusion de la paroi thoracique gauche reçue quatre jours auparavant. — Il est un peu pâle, mais bien constitué, grand, bien musclé, d'un embonpoint moyen, et sans amaigrissement. Il présente des douleurs mal localisées dans l'hypochondre gauche et le flanc. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion.

24 octobre. — Après la visite, une lipothymie en sortant du bain. Le soir, syncope ; immédiatement après, nous constatons les phénomènes suivants : pâleur considérable de la peau et des muqueuses, faiblesse très grande, sueurs froides ; nous soupçonnons une hémorrhagie interne et en particulier une hémorrhagie qui se serait faite dans les voies digestives.

Le sujet est interrogé dans ce sens : il dit s'être toujours bien porté, n'avoir jamais eu ni vomissements, ni hématémèses, ni douleurs d'aucune sorte. Jamais il n'a regardé ses selles. Rien du côté des organes respiratoires.

Du côté de l'abdomen, rien à la palpation ni à la percussion. Douleurs assez vives à la pression au niveau de l'épigastre. Hyperesthésie assez vive du reste de la paroi abdominale. Rien au foie, rien dans les urines. On fait garder les selles pour le lendemain.

26 octobre. — Selles demi-molles, coloration vert noirâtre.

28 octobre. — Après le repas du soir, et après quelques prodrômes (malaise et faiblesse un peu plus grande), le malade se couche et vomit une quantité considérable de sang en caillots. Après quelques convulsions il meurt.

Autopsie. — Estomac très dilaté contenant une assez grande quantité de liquide rouge noirâtre. Trois ulcères au niveau de la petite courbure : le moyen est le plus étendu ; il est arrondi et a les dimensions d'une pièce de 1 franc, ses bords sont taillés à pic, non décollés, s'élevant à deux mill. au moins au-dessus du fond, lequel est rougeâtre et offre de petites éminences mamelonnées, analogues à des bourgeons charnus. Au centre est un mamelon plus volumineux, s'élevant au niveau des bords de l'ulcère ; quand on l'examine à la coupe, on croit y voir une artère sectionnée, bouchée par un caillot fibrineux. Au bout de quelques jours le bourgeon volumineux, situé au centre du premier ulcère, s'est détaché et a permis de voir l'ouverture très nette d'un vaisseau qu'une injection a démontré être *la coronaire stomachique*.

A droite et à gauche de l'ulcère, il en existe deux autres de dimensions moindres.

Ulcère rond de l'estomac, perforation de l'artère splénique

par Paul BOULLOCHE

Bulletins de la Soc. Anat. 1888, p. 404.

Cette pièce provient d'une femme âgée de 75 ans, entrée le 6 avril dans le service de M. Blachez pour une hématémèse très-abondante qui s'était produite dans la journée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a eu à deux reprises différentes des vomissements de sang presque rouge accompagnés de melæna, elle a succombé 48 heures avec des signes d'hémorrhagie grave, pâleur des téguments, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités,

Les renseignements qu'il a été possible de recueillir sur les débuts de l'affection qui l'amène à l'hôpital sont les suivants :

pas d'excès alcooliques, digestions toujours bonnes, jamais de vomissements alimentaires ou autres, pas d'amaigrissement depuis quelques mois. Mais trois semaines environ avant son entrée, elle se serait donné un effort dans le ventre, et c'est depuis cette époque qu'elle a ressenti constamment une douleur assez vive au creux épigastrique.

Autopsie. — En ouvrant l'estomac on le trouve rempli de deux verres environ de sang noir à peine caillé. La muqueuse bien détergée, on voit sur sa face postérieure au-dessous de la petite courbure, une ulcération profonde arrondie, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs. Les bords de l'ulcère sont indurés, calleux, taillés en pente douce. Sur toute la périphérie, il est facile de voir que la muqueuse s'arrête suivant une ligne circulaire festonnée. Toute la surface est constituée par les fibres musculaires de l'estomac, non revêtues de muqueuse.

Au fond de la dépression cupuliforme qui constitue l'ulcère et en occupant presqu'exactement le centre, on voit un orifice artériel de quatre mill. de diamètre, obstrué imparfaitement par un bouchon fibrineux peu adhérent. Un stylet introduit en ce point pénètre facilement dans l'artère splénique.

Ulcération gastrique. — Hématémèses foudroyantes. — Mort

Par M. G. CAUSADE, Chef de laboratoire

(Presse médicale, 30 janvier 1897).

Observation clinique. — Le 13 novembre 1896, on apportait à l'Hôtel-Dieu, à 5 heures du soir, dans le service de la Clinique du professeur Dieulafoy, le nommé T..., âgé de vingt-sept ans, que MM. Charrier et Rénon, chefs de clinique, examinèrent aussitôt.

Le malade était pâle, exsangue, il avait les lèvres blanches, et présentait l'aspect d'un homme qui aurait été saigné à blanc. D'une voix éteinte, il raconta qu'il entrait à l'hôpital pour des vomissements de sang, survenus dans la matinée, au moment où il soulevait une lourde charge de papier. Il avait éprouvé, pendant cet effort, une douleur assez intense au niveau de la région épigastrique et avait expulsé facilement, sans avoir eu de quintes de toux, une grande quantité de sang de couleur brun rougeâtre, mais se rapprochant plutôt du rouge. Ces hématémèses s'étaient renouvelées à plusieurs reprises dans la journée, et, après le quatrième vomissement sanguin, deux selles noires étaient survenues très copieuses. D'après l'estimation du malade, le sang vomi pouvait être évalué à trois litres, quantité sans doute trop élevée, mais qui n'en avait pas moins été considérable : l'état

général, la faiblesse des battements du cœur et du pouls, le refroidissement des extrémités, prouvaient bien que ces assertions n'étaient pas trop exagérées.

L'interrogatoire ne permettait pas d'établir un diagnostic ; bien plus, l'examen de la plupart des organes était négatif. Il n'y avait aucune douleur, ni spontanée ni provoquée, au niveau de la région épigastrique. Pas de douleur dans l'hypochondre droit, pas de point vertébral ni xyphoïdien ; par une percussion légère, l'estomac semblait un peu dilaté. Le foie avait ses limites normales ; la rate était difficilement appréciable à la percussion,

Cependant, les antécédents du malade fournissaient des renseignements dont quelques-uns, quoique négatifs, pouvaient être utilisés. Il avait commis quelques excès alcooliques ; il avait été sujet à des accès paludéens survenus à plusieurs reprises au Sénégal, pendant un séjour de six mois dans cette colonie ; et, à son retour en France, il avait été hospitalisé à Necker, pour des vomissements sanguins qui avaient été aussi abondants que ceux d'aujourd'hui. Mais, jamais le malade n'avait eu de pituites, ni de pyrosis ; jamais d'anorexie, ni aucun trouble qui rappelât la gastrite éthylique : jamais il n'avait ressenti de douleur ressemblant à celle de l'ulcère simple ; jamais il n'avait eu de régurgitation acide, ni de vomissements soit alimentaires, soit bilieux ; pas la moindre intolérance stomacale.

Une affection qui ne s'était révélée que par des hématémèses remontant à deux ans, et qui était restée relativement latente, ne pouvait, en l'absence de cirrhose et des petits accidents qui marquent la précirrhose, n'avoir pour substratum anatomique qu'un ulcère simple de l'estomac. C'est cette hypothèse qui fut d'ailleurs admise, comme répondant le mieux à ce que nous connaissons de l'ulcère saignant.

Le malade fut donc maintenu au lit avec de la glace sur le ventre : des boissons glacées et des préparations à l'ergotine lui furent prescrites.

Malgré cette médication, l'état empira ; le lendemain, 14 novembre, à la visite, le malade était moribond. Dans la nuit, les hématémèses s'étaient répétées : le sang rendu était noir, fluide, caillé en partie ; il remplissait deux cuvettes. Ce sang cependant n'était pas pur ; il était mélangé aux boissons glacées qu'avait prises le malade et put être estimé, d'après le caillot qu'il forma, à deux litres et au-delà. Il y avait eu aussi du melæna.

On pratiqua aussitôt dans les veines une injection de un litre et demi de sérum artificiel. Le pouls se releva immédiatement ; le malade sembla sortir de sa torpeur ; l'amélioration était notable. Mais à une heure de l'après-midi, une nouvelle hématémèse, évaluée à un litre, étant survenue, il mourait, exsangue, ayant perdu, en tenant compte de ses exagérations, et en nous basant sur nos évaluations personnelles, quatre litres de sang au moins.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Désireux de se rendre compte de ce qu'un chirurgien aurait pu faire en pareil cas, M. Charrier pratiqua une laparotomie destinée à découvrir immédiatement l'estomac. Dès que l'abdomen eût été ouvert suivant une ligne réunissant l'appendice xyphoïde à l'ombilic, l'estomac vint faire saillie entre les lèvres de la boutonnière ; la face antérieure avait son aspect normal sauf, près de la grosse tubérosité, à deux centimètres du cardia où l'on apercevait une teinte ecchymotique sur une surface plus large que celle d'une pièce de cinq francs. L'estomac était immobilisé par des adhérences assez lâches au niveau de l'épiploon hépatique, mais très résistantes au niveau de l'épiploon gastro-splénique, qui engainait en partie la grosse tubérosité. Prises entre deux ligatures (piloriques et cardiaque) et sectionné. sans rabattre les bords, il contenait 500 grammes de sang, tant fluide que caillé. Lavée et débarrassée avec soin du sang qui y adhérait, la muqueuse était normale dans toute son étendue, sauf dans une région correspondant à la plaque ecchymotique reconnue sur la séreuse, c'est-à-dire au niveau de la grosse tubérosité, à deux centimètres au-dessous du cardia. Là, on trouvait une surface exulcérée, dont les bords, quoique souples et peu élevés, indiquaient une limite très nette avec les parties avoisinantes qui étaient saines. Cette exulcération était de forme circulaire, mesurant cinq à six centimètres de diamètre. Son fond était gris blanchâtre, sauf en trois points où l'on constatait des taches ecchymotiques, en forme de coup de pinceau qui aurait légèrement effleuré la surface ; il n'était nullement sanieux, ni induré. De plus, il existait sur ce fond deux petites érosions cupuliformes ; à la partie inférieure de l'un de ces petits cratères, située à l'extrémité droite du diamètre transversal, apparaissait une petite artère béante dont la section très nette, faite comme à l'emporte-pièce, était visible à l'œil nu. Ce vaisseau sectionné permettait à peine l'introduction d'une épingle dont la pointe avait été émoussée.

A la loupe, tous les caractères objectifs que nous venons de signaler se précisaient.

Sur toute l'étendue du reste de la muqueuse, nous n'avons découvert aucune lésion, aucune trace d'altération récente ou ancienne qui pût nous expliquer la première hématémèse qui datait d'environ trois ans.

L'origine de l'hémorrhagie était bien l'estomac. Nulle part ailleurs, ni dans le duodénum ni dans l'œsophage où nous avons constaté quelques veines variqueuses, nous n'avons trouvé de rupture de vaisseaux ni d'altération des muqueuses.

Le foie était légèrement congestionné. La rate pesait 750 gr.; elle était fibreuse; de sa capsule partaient des tractus scléreux ; c'étaient là sans doute des lésions paludéennes. Les reins étaient sains.

Examen microscopique. — Les coupes ont porté successivement : sur l'exulcération en sa totalité, puis sur la périphérie. et enfin sur les lésions cardiaque et pylorique.

Le fond de l'*ulcération* est formé par les vestiges des culs-de-sac glandulaires, représentés par trois ou quatre cellules épithéliales dans chacun d'eux. La plupart de ces cellules prennent mal la matière colorante (thionine phéniquée) ; quelques-unes sont devenues granuleuses ; d'autres, en plus petit nombre, sont devenues muqueuses ou se sont en partie fusionnées.

Le canal excréteur est fragmenté, dissocié ou détruit par une infiltration considérable de petites cellules rondes, faciles à imprégner par la thionine phéniquée et qui tranchent par la vivacité de leur coloration sur les cellules des glandes à pepsine.

L'infiltration des cellules embryonnaires est diffuse, ou bien circonscrite. Dans ce dernier cas, elles forment avec des leucocytes de véritables amas situés : tantôt à la partie la plus profonde de la muqueuse, près du basement-membrane ; tantôt à la partie moyenne d'où, en certains points, elles ont été expulsées et où à leur place on trouve une cavité kystique ; tantôt dans les parties les plus superficielles. Cette infiltration cellulaire est limitée à la muqueuse. Cependant, en deux points, nous avons pu constater l'envahissement de la membrane basale, mais celui-ci ne se poursuivait pas au-delà, dans la sous-muqueuse. En d'autres points, les amas de petites cellules semblent avoir fait subir une pression énorme à la membrane basale, qui s'est effondrée sous l'effort de cette pression et s'est rompue. Par contre, il semble que, dans d'autres parties de l'ulcération, la membrane basale ait réagi : on aperçoit un bourgeon qui s'élève dans la muqueuse et soulève ses parties profondes. Le processus histologique semble donc bien limité à la muqueuse.

Sur une coupe mesurant toute l'étendue de l'exulcération, on constate tous les phénomènes précédents.

Mais au niveau des ulcérations cratériformes signalées plus haut, ces phénomènes sont beaucoup plus accentués : on n'y observe plus ni muqueuse, ni muscularis mucosæ, ni membrane basale. Sur des coupes sériées, pratiquées à partir des points simplement exulcérés, on voit nettement la muqueuse se creuser, ou s'excaver insensiblement, jusqu'au moment où l'on trouve un puits en miniature dont les bords sont infiltrés de petites cellules rondes, réunies en amas. Le fond de ces petits cratères repose sur la sous-muqueuse épaissie dans ses couches superficielles ; l'extrémité terminale de l'un d'eux, qui s'étale sur la sous-muqueuse épaissie dans ses couches superficielles et s'évase à ce niveau, est côtoyé par une artère contenant un thrombus, qui remplit en partie sa lumière. C'est elle qui a été vraisemblablement l'origine de l'hémorrhagie. Cette artère est de petit calibre, et d'après la direction ascendante qu'elle paraît suivre, elle doit être une branche de division de la coronaire stomachique. Seule, sa tunique interne est hypertrophiée ; ses

autres tuniques ne sont nullement altérées ; il n'y a pas de périartérite. Les veines avoisinantes sont dilatées, thrombosées, quelques-une atteintes d'endophlébites ; un gros bourgeon fait saillie dans la cavité de l'une d'elles. Ce sont ces thrombus volumineux qui donnent sans doute la teinte ecchymotique au fond de l'exulcération, teinte qui, comme nous l'avons vu, était visible aussi bien du côté de la séreuse que du côté de la muqueuse. Il n'y a en effet, aucune suffusion sanguine dans les tuniques de l'estomac ; pas le moindre amas d'hématies. Toutes ces lésions veineuses sont essentiellement localisées au niveau des érosions cupiliformes. Elles se poursuivent non loin d'elles, mais à un degré beaucoup moins marqué.

A part les modifications de la sous-muqueuse au niveau des érosions, cette dernière couche est entièrement saine. La tunique musculaire n'est pas altérée. Le processus est donc nettement limité à la muqueuse.

En résumé, ce processus est essentiellement caractérisé par une infiltration de petites cellules rondes qui, réunies en amas, affectent des figures analogues à celles décrites par MM. Lépine et Bret, et qu'ils ont qualifiées d'abcès submiliaires. Ces abcès semblent avoir été les principaux agents destructeurs de la muqueuse, soit dans les parties superficielles, soit dans les couches profondes.

Les bords de l'ulcération ne sont indiqués que par une légère surélévation de la muqueuse voisine, dans laquelle la néoformation des petites cellules rondes disparaît insensiblement. Tout d'abord diffuse, sous forme de longues traînées couchées sur la membrane basale, elle disparaît entièrement dans les régions circonvoisines. On n'en trouve plus trace ni au niveau du pylore où les glandes à mucus se présentent dans toute leur intégrité, ni au niveau du cardia, près de la grande courbure, ni dans les régions intermédiaires.

Il nous semble, et tel est l'avis de M. le professeur Dieulafoy, que les caractères anatomiques (lésion arrondie circonscrite, localisée, ayant de la tendance à se creuser) et l'évolution de la maladie (hématémèses abondantes, foudroyantes, survenant en plein état de santé) permettent de penser à l'*ulcus rotondum*. Mais c'est probablement un ulcus saisi à son début.

A ces trois observations nous pourrions ajouter, prises dans les bulletins de la Société Anatomique, celle de Millard publiées en 1859, celles de Luton (1858), de Carrière (1863), de Prévost (1865), de Fioupe (1874).

On meurt donc d'hémorrhagie dans l'ulcère de l'estomac, et on meurt pour des lésions contre lesquelles le traitement

médical le mieux conduit ne peut rien. Ce sont en effet des artères, d'un volume considérable souvent, qui fournissent le sang. Dans le cas cité par Caillard, c'est la splénique ; de même dans l'observation de M. Boulloche; dans celle de M. Bazy c'est la coronaire stomachique ; dans celle de M. Caussade c'est une branche de la coronaire stomachique ; et, pour qui a regardé un estomac dont les artères ont été injectées, il est facile de comprendre qu'une hémorrhagie provenant d'une artériole grosse comme une collatérale des doigts ne s'arrête pas spontanément, étant donné l'absence de toute oblitération ou de toute compression possible par accumulation du sang.

Outre les gros troncs que nous avons signalé, on a vu encore la pancréatico-duonénale, la pylorique être ulcérées; sans compter les faits exceptionnels où il s'agit du tronc cœliaque ou de l'aorte elle-même.

A priori, on peut admettre que dans de telles lésions la médecine est totalement désarmée ; et les faits viennent confirmer cette impuissance. Même dans le cas de M. Caussade, où l'autopsie démontra qu'on avait affaire à une petite artère, tous les efforts avaient été vains, à plus forte raison quand il s'agit d'un vaisseau plus considérable.

A elle seule, cette impuissance justifierait, ce me semble, l'intervention de la chirurgie ; partant de ce principe si fécond en applications dans ces dernières années, et qui a conduit à de si heureuses surprises, que perdu pour perdu il vaut encore mieux que le malade le soit avec quelques chances de guérir ; chances que peut seule lui donner une opération.

Intervenir pour hémorrhagie artérielle est un précepte formel en chirurgie, soit afin de lier le vaisseau, soit afin de le comprimer : pourquoi y aurait-il exception en faveur de l'estomac ? Est-ce parce que la chose est dangereuse, difficile ; mais l'hémorraghie n'est-elle pas encore plus terrible. Qu'une ligature soit plus facile à poser sur un membre que profondément, dans l'abdomen ; qu'il y ait moins de risque, personne

n'en disconviendra ; mais là n'est pas la question ; en face d'une hémorrhagie qui doit être mortelle, on doit essayer de l'arrêter quels que soient les dangers de l'intervention.

D'autre part, qui dit difficulté, ne dit pas impossibilité : et il est possible, en effet, tout au moins dans certaines circonstances, d'arrêter une hémorrhagie stomacale. Si une ulcération de la splénique me semble devoir échapper à toute opération, à cause de la difficulté qu'on aurait à aller saisir l'artère, il est d'autres cas où les difficultés sont moindres. Je suis persuadé que chez le malade de M. Caussade une ligature posée à l'aiguille de Reverdin au niveau du saignement, en aurait eu facilement raison. Même en cas d'ulcération de la coronaire stomachique, l'hémorrhagie peut être maîtrisée par une ligature posée sur les deux bouts de l'artère ; et nous le dirons à propos du traitement, placer un fil sur cette artère au niveau de la petite courbure est chose aisée. A plus forte raison quand il s'agit d'une ulcération d'un de ces vaisseaux volumineux qu'on voit descendre de la coronaire et dont les hémorrhagies sont arrêtées par une ligature entre l'origine et l'ulcération.

Nous avons reproduit expérimentalement chez le chien ces diverses hémorrhagies, et toujours nous avons pu sans la moindre difficulté faire cesser l'écoulement sanguin, et sans, du reste, ajoutons-le de suite, que la paroi de l'estomac ait eu aucunement à souffrir de l'oblitération du vaisseau. Nous ne nierons pas qu'il nous était infiniment plus facile d'arrêter l'hémorrhagie en connaissant le siège ; il faut bien le dire, c'est évidemment dans la connaissance du lieu de l'hémorrhagie que gît la première et la plus grande difficulté de l'opération. Il ne doit pas toujours être facile de se rendre compte, au fond de l'estomac, à travers une ouverture qu'on craint toujours de faire trop grande, du point où se fait l'écoulement de sang.

Témoin, le fait qu'a bien voulu nous communiquer

M. Hartmann. Ayant été appelé à intervenir chez un malade qui avait présenté des hématémèses, ce chirurgien pratiqua la gastro-entérostomie. Mais l'état de faiblesse de la malade ayant entraîné la mort, à l'autopsie on rechercha où avait eu lieu l'hémorrhagie. Et ce n'est qu'après plusieurs examens soigneux que M. Hartmann put découvrir le siège de l'ulcération.

Si nous passons maintenant du domaine de la théorie et de l'expérimentation dans celui de la pratique, nous voyons que rien ne vient contredire l'opportunité de l'intervention. N'y aurait-il aucun cas d'opération pour hémorrhagie qu'elle nous paraîtrait encore rationnelle ; à plus forte raison puisqu'il en existe suivis de succès. Ils ne sont pas nombreux, il est vrai. Dans sept cas, l'on est intervenu pour des hémorrhagies : Gannett une fois, Küster une fois, Mikulicz qutre fois et Roux (de Lausanne) une fois ; et les résultats ont été : trois guérisons et quatre morts. Gannett s'est arrêté au milieu de l'opération à cause des adhérences. Küster est intervenu chez une jeune fille, dont les hémorrhagies, symptôme principal de l'ulcère, la conduisait rapidement à une situation désespérée ; une cautérisation de l'ulcère, jointe à une gastro-entérostomie, arrêta pour toujours l'écoulement de sang et fit disparaître les troubles digestifs associés. Roux fit, en même temps que la résection d'un ulcère de la petite courbure, la ligature double de la coronaire stomachique ulcérée. Le malade guérit.

Mikulicz a eu la gracieuseté de m'envoyer cinq observations d'intervention dans le cours d'ulcères, dont quatre pour hémorrhagies. Malheureusement, les détails manquent ; il ne donne que la cause de l'intervention : hématémèses ; le manuel opératoire : cautérisation dans un cas, gastrorrhaphie dans deux autres, curettage suivi de la suture de l'estomac dans le quatrième ; celui-ci seul guérit. Mais il est probable que les malades se présentaient dans des conditions de faiblesse extrême, étant donné cette statistique particulièrement mauvaise de Mikulicz

pour des interventions qui lui ont donné dans d'autres cas des résultats tout différents.

Ce qui prouve que les hémorrhagies sont de mauvais cas pour opérer, mais ce qui prouve également que le plus grand danger sera toujours l'état du malade, que le médecin a tendance à conserver jusqu'au dernier moment avant de l'exposer aux audaces de la chirurgie. La faute ne sera pas toujours à elle si le malade succombe.

Quoi qu'il en soit, arrêter une hémorrhagie stomacale n'est pas un mythe, puisque cela a été fait avec succès.

Mais ici se place une objection : Les chances de mortalité que donne l'opération ne compensent-elles pas celles de l'hémorrhagie? La difficulté en pratique, est, en effet, que l'on ne sait pas l'importance du vaisseau ulcéré; sans quoi le doute ne serait pas permis. Rien ne fait prévoir l'issue d'une hémorrhagie, et personne ne peut affirmer qu'elle ne s'arrêtera pas d'elle-même. Dans ces conditions il est évident que si l'opération donne une mortalité plus élevée que l'hémorrhagie abandonnée à elle-même, l'opération doit être laissée de côté. Il faut en somme savoir la proportion de morts par hémorrhagie et de celle par intervention.

Malheureusement, actuellement il est impossible d'établir une proportion exacte. Il n'a pas été pratiqué suffisamment d'interventions pour qu'on puisse se faire une idée exacte de leur gravité, mais nous ne pensons pas qu'en intervenant pour une hémorrhagie on fasse courir au malade beaucoup plus de dangers qu'en intervenant pour sténose par exemple; à condition toutefois qu'on n'attende pas au dernier moment et que le malade ne soit pas trop affaibli. Or les opérations pour sténose donnent actuellement une mortalité de 20 à 25 %.

Il nous est non moins difficile d'apprécier la proportion de morts par hémorrhagie. Lebert nous dit bien qu'on en meurt dans 5 % des ulcères. Mais si de ces cent ulcères, nous retranchons : 1° les 20 cas (statistique donnée par Bouveret), dans lesquels l'hémorrhagie n'existe même pas comme symptôme; 2° les

cas où elle est si peu abondante qu'elle ne fait que colorer les vomissements ; 3° ceux enfin où l'hémorrhagie très abondante s'arrête aux premiers essais du traitement, et ce sont les cas de beaucoup les plus nombreux ; si, en un mot, nous prenons la proportion de morts par rapport aux cas d'hémorrhagie où celle-ci par sa gravité permet de songer à une intervention, la proportion change singulièrement.

Par conséquent, bien qu'il nous soit impossible de donner des chiffres exacts, il nous semble que l'intervention est encore à préférer à l'abstention et qu'elle donnerait une mortalité moins élevée qu'elle dans les cas où il s'agit d'hémorrhagie grave rebelle. Il faut bien le dire, les cas en sont encore rares.

Quels sont donc ces cas où l'intervention nous semble devoir être tentée? C'est évidemment plus au médecin qu'à nous de le dire; ce sont eux qui voient les malades et qui seuls peuvent dire si une hémorrhagie les inquiète ou non.

La répétition de l'hémorrhagie, sa résistance à toute thérapeutique nous semblent de meilleures indications que son abondance. On a bien peu de chances d'arriver au moment opportun pour une hémorrhagie, qui doit être mortelle d'emblée; avant qu'on ait eu le temps d'aller chercher un chirurgien, de tout préparer, le malade aurait succombé. Si le malade résiste à cette première hémorrhagie, le traitement médical le plus strict doit être institué : mais, si l'hématémèse se reproduit malgré le repos absolu, la diète, la glace, les hémostatiques, il n'y a plus à hésiter : on doit recourir au traitement chirurgical. Je considère donc que l'indice de gravité d'une hématémèse est plutôt dans sa répétition que dans sa quantité. C'est également l'opinion de M. Robin : il me citait plusieurs malades qu'il avait trouvé exsangues, ayant perdu deux ou trois litres de sang, inondant la chambre où ils se trouvaient. Mis immédiatement au traitement, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite; mais, me disait M. Robin, j'étais décidé, au cas de persistance de l'hématémèse, à faire intervenir le chirurgien.

Par conséquent une hématémèse abondante, qui résiste au traitement médical, doit être traitée chirurgicalement ; et il est capital de ne pas attendre que le malade soit réduit à une anémie plus complète, c'est-à-dire, ne pas temporiser jusqu'à une troisième ou quatrième hémorrhagie.

Car ce qui fait la gravité de l'opération, ce n'est pas d'aller ouvrir l'estomac, d'aller lier une coronaire ou de pratiquer une gastro-entérostomie; mais c'est bien de le faire chez un malade qui n'a plus de résistance, et plus l'opération sera précoce, meilleurs seront les résultats: et il est permis de croire qu'alors l'intervention n'aggravera même pas les cas qui auraient guéri spontanément. Dans l'observation de Küster, par exemple, il est bien probable que l'hémorrhagie se serait arrêtée d'elle-même, et la guérison a eu lieu complète débarrassant la malade du même coup des hématémèses et des douleurs.

Donner des indications plus formelles, nous ne le pouvons pas, chaque cas est différent, et le clinicien dans chacun trouve des circonstances qui guident sa conduite; mais en règle générale, on peut dire que c'est l'inquiétude que donne l'hémorrhagie par son abondance, sa répétition et sa continuation malgré tous les efforts qui doit décider de l'opération.

C. *Adhérences stomacales*

Les adhérences péri-stomacales sont loin d'être rares dans l'ulcère de l'estomac ; elles semblent résulter de la propagation de l'inflammation de l'ulcère, jusqu'à la séreuse péritonéale. Il en résulte une série de modifications : chute de l'épithélium, vascularisation et production de fausses membranes qui aboutissent à la soudure plus ou moins intime des deux feuillets du péritoine.

On sait l'influence salutaire qu'ont ces fausses membranes péri-stomacales au moment d'une perforation qui, sans elles, détermineraient une péritonite suraiguë, rapidement mortelle.

D'autre part il est beaucoup d'adhérences qui peuvent passer absolument inaperçues pendant la vie, sans déterminer le moindre symptôme douloureux. Mais il en est d'autres qui peuvent soit pendant l'évolution de l'ulcère, soit même après sa guérison, déterminer des accidents sérieux pour lesquels on peut avoir à intervenir ; et pour lesquels on est déjà intervenu un certain nombre de fois, il faut bien le dire, du reste, sans que, le plus souvent, le diagnostic ait été fait.

Les adhérences, communes à la face postérieure, supprimant en quelque sorte l'arrière-cavité des épiploons, ne sont pas celles qui nous intéressent. Elles ne paraissent pas avoir grande influence sur la fonction stomacale. Celles de la paroi antérieure de l'estomac, à la paroi abdominale, à la face inférieure du foie, bien que plus rares, et l'on connaît les conséquences désastreuses de cette rareté sur les ulcères perforants de la face antérieure, amenant presque fatalement la mort par péritonite, sont celles qui déterminent le plus de troubles du côté de la fonction gastrique. Ces troubles ne diffèrent pas sensiblement de ceux que l'on rencontre dans toutes les dispepsies ; ils semblent résulter des tiraillements que subit l'estomac au moment de la digestion. C'est surtout en effet par la partie antérieure que l'organe s'agrandit, et l'on comprend que bridé par ses adhérences il soit tiraillé dans chacun de ses mouvements. Ce n'est pas seulement la distension de l'organe qui se trouve gênée, ce sont encore les mouvements péristaltiques que nécessite le brassage des aliments ; c'est la poussée des aliments de l'estomac dans le duodénum qui se trouve empêchée, d'où leur accumulation dans la cavité de l'organe, nouvelle source de souffrance. Aussi sous l'influence d'un vomissement, voit-on les douleurs cesser immédiatement.

Sans compter que les adhérences agissent sur la fonction stomacale d'autres façons encore. A propos de la sténose pylorique nous dirons la possibilité de l'origine de cette sténose dans la présence de brides, reliant le pylore au foie ; et dans

ce cas, les troubles ne différeront pas de ce qu'ils sont tant au point de vue pathogénique, qu'au point de vue clinique, dans le rétrécissement du pylore. Enfin les adhérences peuvent déterminer des modifications dans l'axe de l'estomac, une rotation de l'antre du pylore, par exemple, en haut.

Tous ces changements, dans la mobilité, dans la forme, dans la situation de l'organe, sont la cause de douleurs violentes, de troubles dyspeptiques, de vomissements qui mettent les malades dans une situation souvent des plus pénibles et peuvent même menacer la vie.

La preuve que ce sont bien les brides ou les adhérences péristomacales qui déterminent les phénomènes qu'on leur attribue, c'est la disparition complète, rapide, des symptômes après une intervention qui n'a fait que détruire les adhérences. Dans un cas opéré par M. Walther, la malade présentait des troubles digestifs depuis un certain nombre d'années et peu à peu la cachexie venait. A l'ouverture de l'abdomen on trouva des adhérences considérables, très étendues entre la face antérieure de l'estomac et la paroi abdominale ; leur destruction donna lieu à un écoulement de sang si considérable qu'on ne put les sectionner toutes. Les jours qui suivirent l'opération, la disparition des douleurs fut complète ; et un an après, M. Walther pouvait revoir sa malade en parfaite santé. Et qui plus est, la tuméfaction que l'on avait constatée, au moment de l'intervention, au niveau de la région épigastrique, avait complètement disparu.

Nous rencontrons la même heureuse issue après une opération de M. le Professeur Terrier, dans un cas de Krogius ; les deux fois, on se contenta de libérer les adhérences.

Les troubles sur lesquels on peut s'appuyer pour juger de l'opportunité de l'intervention ne sont pas si différents de ceux que détermine tout autre affection de l'estomac pour qu'on puisse affirmer la présence d'adhérences. Nous voyons Billroth opérer, croyant à un cancer, de même M. le

Professeur Terrier dans un cas, de même Klaussner. C'est qu'en effet, là où elles siègent, les adhérences donnent lieu à la présence d'une tumeur ; et il n'y a pas encore bien longtemps, le syndrôme, tumeur et troubles digestifs, était considéré comme se rapportant au cancer. Les interventions ont montré ce qu'avait d'exagéré cette idée. On pourrait presque dire que les cas où la tumeur est si nettement sentie, ne sont pas des cas de cancer. On comprend que la tumeur maligne de l'estomac, qui suit les mouvements de retrait en arrière de l'organe soient moins nettement perçue que des masses fibreuses en connexions directes avec la paroi abdominale. Sans aller jusqu'à prétendre que, lorsque l'on sent très bien une tumeur, qu'il est possible de la bien délimiter, il faut écarter l'idée du cancer, nous dirons qu'il faut se méfier, et que si les antécédents sont plutôt, soit par leur durée, soit par le caractère des accidents en rapport avec un ulcère on doit songer aux adhérences. On peut presque les affirmer, lorsque, par l'insufflation l'estomac au lieu de se dilater régulièrement, se déforme plus ou moins. C'est ce moyen qui a permis à M. Jaboulay de faire le diagnostic chez un malade.

Rien ne permet d'aller plus à fond dans le diagnostie, et c'est par élimination plutôt que pour des raisons déterminées qu'on sera amené à conclure à l'existence d'adhérences. Nous ne prétendons pas du reste qu'il soit nécessaire de savoir qu'il existe des adhérences, et quand celles-ci déterminent des troubles fonctionnels intenses, persistants, que rien ne peut améliorer, on se trouve autorisé à intervenir. C'est ainsi que sont intervenus MM. Doyen, Krogius, pour le plus grand bien de leur malade.

Il n'est pas nécessaire d'insister bien longtemps sur la nécessité de la suppression des adhérences, causes de tant de douleurs pour les malades. L'intervention ne présente pas une gravité extrême, puisque sur onze cas que j'ai rassemblés, je ne trouve pas un seul cas de mort; même quand, pendant l'opération difficile il y a eu ouverture de l'estomac. Tous ont guéri opératoirement. Quant aux résultats fonctionnels ultérieurs, ils ont été aussi

bons que possible; la disparition des douleurs, des troubles digestifs a été absolue et les malades ont pu reprendre leur vie habituelle. Dans une observation de M. le professeur Terrier, ce n'est que six mois après que le malade a trouvé le réel bénéfice de l'opération, et il est possible, comme le suppose l'auteur, que la persistances des troubles ait été sous la dépendance de l'évolution d'un ulcère.

Dans deux cas seulement, les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants, et, bien qu'il y ait eu amélioration, les troubles ont continué dans une certaine mesure. Chez le malade de M. Jaboulay, ces troubles étaient probablement dus à une légère sténose du pylore, qui, constatée au moment de l'intervention, avait paru ne pas mériter de traitement spécial. Dans le cas de Loreta, il est possible que les adhérences se soient reproduites.

Quoiqu'il en soit de ces deux derniers cas, il n'est pas douteux qu'en face de troubles qu'on peut supposer d'origine mécanique, dus à la gène apportée au bon fonctionnement de l'estomac par des brides, des adhérences, il ne faille intervenir. Nul traitement médical n'est capable de les faire disparaître ni de remédier à leurs inconvénients; le traitement chirurgical, au contraire, se montre très efficace, et si, dans quelques cas, il a échoué, il est probable que l'échec est dû à la reproduction des adhérences ou à l'évolution d'un ulcère, accidents auxquels, nous le verrons, il est possible de remédier. Le traitement chirurgical, d'autre part, ne présente pas de gravité particulière.

C. *Sténose cicatricielle du pylore.*

La sténose du pylore joue dans l'histoire de l'ulcère de l'estomac un rôle des plus importants. Un certain nombre de troubles accompagnant ou suivant l'évolution de l'affection sont sous sa dépendance.

Comme toute ulcération douloureuse au niveau d'un orifice contractile, comme la fissure à l'anus détermine une contracture du sphincter, l'ulcère de l'estomac situé près du pylore et à plus forte raison dans son intérieur, détermine au cours de son évolution de la contracture de l'orifice ; et ce n'est pas une des moindres causes de troubles gastriques. M. Doyen a bien insisté sur ce fait et en a montré toute l'importance au point de vue thérapeutique. De cette sténose par contracture nous ne dirons rien pour le moment, mais nous verrons qu'au point de vue du traitement, elle constitue une indication de plus.

Une fois arrivé à la guérison, lorsqu'il y arrive, ce même ulcère par sa cicatrisation détermine un retrécissement vrai, fibreux, qui peut aller jusqu'à l'oblitération complète. Chez un homme opéré par Lauenstein, le pylore réséqué laisse passer à peine un crayon. Chez un autre opéré par le même chirurgien, il laisse passer une sonde uréthrale. Dans un autre cas, il laisse passer la pointe des ciseaux. Enfin, Lauenstein a opéré également une sténose pylorique, arrivée à un tel degré que l'orifice faisait complètement défaut.

Ce rétrécissement cicatriciel peut succéder à un ancien ulcère annulaire du pylore, et se trouve alors sous la dépendance de la rétraction de tout le pourtour de l'orifice dont les parois présentent, outre une rigidité considérable, un épaississement qui peut atteindre 2 et 3 centimètres. Plus souvent l'ulcère ne siège que sur une des parois, presque toujours la supérieure, et c'est alors par attraction des autres parois que se constitue l'oblitération.

Cette rétraction cicatricielle peut encore arriver au même résultat en produisant la coudure du pylore. C'est ainsi que chez un malade opéré par Dreydorff, le duodénum était attiré vers la petite courbure par le tissu cicatriciel et qu'on dut inciser la cicatrice qui imprimait au pylore un certain degré de courbure. On a vu également l'obstruction du pylore se faire par un autre mécanisme : un ulcère de la petite courbure,

ou des faces, siège à côté du pylore, et l'épaississement des bords de l'ulcère arrive à recouvrir l'orifice à la manière d'une valvule. Témoin le cas opéré par Czerny et rapporté par Maurer : « La plus grande partie de l'ulcère appartient à la paroi postérieure de l'estomac. Il existe un repli de la muqueuse très épaissie qui forme au devant de l'orifice pylorique une espèce de soupape. » De même le cas opéré par M. Monod. Enfin ce peut être des adhérences, des brides reliant le foie à l'estomac, ou au côlon qui enserrent le pylore et soient l'origine de l'oblitération.

Toute sténose pylorique abandonnée à elle-même conduit à une terminaison fatale à plus ou moins brève échéance suivant le degré de rétrécissement. Mais il suffit d'une sténose peu accentuée pour que la fonction stomacale soit gravement atteinte et que la cachexie qu'entraînent les troubles digestifs amène la mort au milieu d'un ensemble de symptômes assez caractéristiques. Plutôt que de reproduire la description partout faite de ces phénomènes, nous préférons citer l'observation suivante, trouvée dans les Bulletins de la Société anatomique, 1893, p. 241 :

Ulcères gastriques. Rétrécissement fibreux du pylore. Enorme dilatation stomacale. Hyperchlorhydrie. Boulimie. Vomissements extrêmement abondants. Crises de tétanie avec ralentissement du pouls et abaissement de la température. Polyurie simple, puis polyurie avec albuminurie. Déchéance intellectuelle. Mort dans le marasme, par J. Thiroloix et Dupasquier.

Pag... Alfred, 38 ans, fondeur, né à Paris, entre, le vingt-cinq février 1892 dans le service de notre maître, M. Lancereaux, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Denis, lit n° 17.

Aucun antécédent héréditaire, ni personnel intéressant.

Maladie actuelle. — Début. — P... fait remonter le début de sa maladie à octobre 1889. Jusque-là, il dit avoir joui de la plus parfaite santé, digérant facilement, dormant bien, et travaillant. A cette époque, il remarque qu'il a moins d'appétit, est sans cesse constipé, qu'il dort mal et se réveille au milieu de la nuit couvert de sueurs. A la suite des repas, il éprouve dans la région gastrique une sensation pénible de froids, de tiraillements, accompagnés de renvois gazeux et

acides. La langue est large, continuellement recouverte d'un enduit blanchâtre. P... remarque en même temps que son aptitude, son goût au travail ont considérablement diminué. Il perd des forces et maigrit.

En novembre apparaissent des vomissements. Les vomissements surviennent d'une à deux heures après les repas, sont purement alimentaires et s'accompagnent de douleurs violentes à l'épigastre et dans les hypochondres. A peine le vomissement est-il terminé, qu'apparaît à l'épigastre une douleur que le malade compare à une déchirure, à un broiement. Elle ne disparaît qu'avec l'ingestion de nouveaux aliments. Il n'y a jamais eu de vomissements biliaires ou sanglants, de melæna.

P... est un homme de taille ordinaire ($1^{m}62$) ; quoique profondément amaigri, dénourri, il n'est nullement anémié. Les joues, les muqueuses sont carminées. Le ventre est plat. La moindre pression met en évidence le *clapotage*. La percussion fait reconnaître que l'estomac *est extraordinairement distendu*, puisqu'il descend à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Sous l'influence des pressions nécessaires pour l'examen, la paroi stomacale se contracte et *soulève d'une façon très évidente dans son péristaltisme successivement les différents points de la paroi abdominale*. Le palper ne fait percevoir dans l'hypochondre droit aucune tuméfaction anormale siégeant autour et au niveau du pylore. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas appréciable. Il n'y a pas de polyadénite périphérique (aines, aisselles, creux sus-claviculaires).

Les extrémités supérieures ne sont ni déformées, ni infiltrées. La peau a sa coloration normale. Les poumons, le cœur paraissent normaux. L'examen des urines ne révèle aucune particularité anormale.

Le malade a conservé l'appétit, mange la viande avec plaisir, mais, quelques heures après le repas, il est pris de vomissements alimentaires d'une abondance extrême.

Se basant sur la présence des contractions stomacales, de la conservation d'appétit et sur l'absence d'adénopathies et d'anémie, on porte le diagnostic de « dilatation de l'estomac consécutive à un rétrécissement pylorique non épithéliomateux, fibreux, cicatriciel. ».

P.... pèse 110 livres.

29 février. — Après un repas d'épreuve (pain grillé et thé) on trouve une exagération dans la production d'HCl.

Le malade est mis au lait, au bicarbonate de soude et aux douches.

2 mars. — Depuis son entrée, le malade n'a *cessé de vomir*. Chaque matin on trouve près de lui 2 cuvettes (6 litres environ) remplies par les matières vomies. Il n'y a ni sang, ni bile. Il ingère tout ce qui lui tombe sous la main, les restes des repas

de ses voisins. Si l'estomac est vide, il éprouve une sensation intolérable de brûlure.

Le 3. – Constipation depuis 4 jours. Le ventre est dur, rétracté. Céphalée frontale et anéantissement. P..., qui est occupé toute la journée à aider les infirmiers, n'a pu quitter son lit.

Un lavement purgatif provoque des selles abondantes, la première noirâtre, semblable à du goudron (melœna)

Jusqu'au 16 mars, la symptomatologie ne change pas et consiste en *vomissements alimentaires très abondants*.

Pour la première fois depuis son entrée, P.... est resté 24 heures sans vomir.

Le 17.— Réapparition des vomissements. Poids : 81 livres. Les urines sont normales comme quantité (1 litre 200), sont peu colorées et renferment peu d'urée (11 à 13 gr.), ni sucre, ni albumine.

Le 22. — Une nouvelle analyse met en évidence l'hyperchlorhydrie.

Pendant les mois d'avril et mai, aucune modification symptomatique. Les matins et soirs, P.,.. vomit après les repas des matières liquides en quantité énorme. Il ne cesse de manger toute la journée.

Le 28 mai. — Les vomissements sont devenus encore plus abondants. Ils surviennent plus longtemps après les repas et quoique très nettement acides, ils dégagent une odeur très désagréable de matières organiques fermentées.

Jusqu'au 27 juin, aucun incident nouveau. Le malade a beaucoup maigri (72 livres).

28 juin. — Dans la nuit, P... a été pris subitement de crampes dans les doigts et les orteils, accompagnées de fourmillements dans les mains et les pieds.

Le matin, à la visite, nous le trouvons dans le décubitus dorsal, les membres supérieurs allongés le long du tronc, les membres inférieurs raides et en extension. Les doigts sont fléchis, serrés les uns contre les autres, et recouvrent le pouce plié dans la paume de la main. On ne peut imprimer sans douleurs très vives aucun mouvement à ces parties contracturées. Le poignet, l'avant-bras, le bras ont leur souplesse normale. Les orteils sont fléchis dans la plante du pied abaissé; la jambe est fortement étendue sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. La compression des gros vaisseaux et tissus nerveux n'exagère pas ces contractures.

Les extrémités sont froides, violacées. La température centrale est abaissée à 35°2. Le pouls est petit, dur, très ralenti (56). On ne perçoit aucun bruit anormal dans la région péricardiale. La respiration est normale. Le malade ne répond à aucune question, balbutie des mots sans suite, ne se plaint pas. L'intelligence paraît éteinte.

La crise de *tétanie* a duré deux heures environ. Pendant la journée, le malade reste abattu, ne cause pas; il boit un peu de lait, qu'il vomit en partie. Ni albumine ni sucre dans les urines.

Le 29. — Nouvelle crise de tétanie. La contracture est généralisée aux masses musculaires des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'aux muscles de l'abdomen, qui sont très durs et saillants. La crise dure trois heures. Vomissements alimentaires dans la soirée.

Le 30.— L'affaissement intellectuel est continu, progressif. Il est devenu incapable de comprendre les questions qu'on lui pose; il parle avec lenteur, cherche ses mots et ne parvient pas à construire une phrase correcte.

Cet état persiste jusqu'au 5 juillet; le malade est revenu insensiblement à l'état normal. Les crises tétaniques ne se sont pas reproduites. Les vomissements n'ont pas cessé chaque jour.

10 juillet. — Les urines sont devenues plus abondantes et depuis quelques jours le malade est obligé de se lever deux fois la nuit pour uriner. L'examen ne montre ni albumine, ni sucre.

Pendant les mois de juillet, août, septembre, octobre et novembre, symptomatologie uniforme. Chaque jour le malade vomit abondamment et urine 3 à 4 litres. Pas d'albumine, ni de sucre. Amaigrissement progressif, pertes des forces et dépression intellectuelle.

2 décembre. — Réapparition des crises tétaniques pendant toute la journée et la nuit. La contracture reste cantonnée dans les extrémités supérieures.

Le 6. — Jusqu'ici les urines, minutieusement examinées, n'avaient jamais renfermé d'albumine. Aujourd'hui l'acide nitrique et la chaleur décèlent un précipité abondant.

Pendant le reste du mois de décembre jusqu'au 20 janvier, les urines abondantes ont contenu une assez forte proportion d'albumine (4 à 6 gr. par litre). Les vomissements sont restés quotidiens, abondants, purement alimentaires.

20 janvier. — Le matin on trouve le malade dans le décubitus latéral droit, les jambes contracturées, fléchies sur les cuisses, il ne répond à aucune question.

Dans la journée l'état général s'aggrave, la température centrale baisse et P... succombe dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on est frappé de l'énorme dilatation de l'estomac qui recouvre toute la masse intestinale grêle et descend à quelques centimètres du pubis. La dilatation porte principalement sur le grand cul-de-sac. La paroi est d'épaisseur normale. Le pylore et la partie initiale du duodénum dans l'étendue de 3 cent. environ sont rétractés, notablement diminués de calibre. Ils sont durs au toucher et

crient sous le scalpel à la coupe, comme un tissu de cicatrice. La muqueuse pylorique présente au niveau de la partie initiale du rétrécissement deux petites cicatrices, déprimées, blanchâtrées, à contours irréguliers.

L'examen hystologique de la paroi stomacale, au niveau du rétrécissement, a montré qu'il s'agissait bien d'un ulcère simple (glandes sclérosées, sclérose intermusculaire, absence de prolifération épithéliale).

Tel est le tableau de la sténose pylorique abandonnée à elle-même. Douleur, vomissements alimentaires très abondants plus ou moins près des repas, soif, constipation, troubles urinaires (généralement diminution de la quantité d'urine, au lieu d'une augmentation comme dans le cas précédent), inanition, crises de tétanie, représentent les symptômes fonctionnels de l'affection. L'examen de l'abdomen fera constater la dilatation énorme de l'estomac, l'ondulation gastrique. On a dans certains cas pratiqué la distension de l'estomac pour mieux apprécier sa dilatation ; quelques auteurs même, la gastroscopie. Quelquefois lorsque le rétrécissement pylorique est dû à des adhérences, il a été possible de sentir au niveau du pylore une masse plus ou moins bien limitée et plus ou moins mobile.

Mais nous n'avons pas à insister sur tous ces symptômes, il nous suffit de les connaître afin de savoir quand il faut intervenir.

Nul doute que chez un malade présentant les signes énumérés plus haut, qu'il ait ou non des antécédents d'ulcère de l'estomac, il ne faille tenter une intervention destinée à supprimer la sténose, ou mieux à créer un autre orifice.

Il ne nous semble pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur l'opportunité de l'opération dans un cas où la mort est fatale.

La seule hésitation qu'on pourrait avoir naîtrait de l'incertitude de la sténose ; et comme aucun moyen de diagnostic en ce cas n'est superflu, nous voulons attirer l'attention sur un signe découvert par M. Albert Robin, et dont il a eu l'amabilité de nous donner le détail.

Ce signe est tiré de l'étude de l'élimination de l'azote. Nous reproduisons dans son entier la note qu'il a bien voulu nous fournir :

Élimination de l'azote dans les cas de sténose pylorique

(Extrait d'un ouvrage en préparation de M. Albert Robin : « *Leçons cliniques sur le traitement des maladies de l'estomac.* » – IXe leçon.)

A. — Dans *l'hypersthénie permanente sans contracture du pylore*, un individu ingère = 25 gr. 680 d'Az. Il en rend par l'urine = 23 gr. 560; par les matières fécales = 3 gr. 240.

Perte de l'organisme en Az. = 0.860.

L'azote des fèces est à l'azote de l'urine comme 13,8 est à 100. A l'état normal, l'azote des fèces est à l'azote urinaire comme 4.20 est à 100.

Conclusions : L'hypersténique permanent, ayant conservé son appétit et convenablement nourri, chez lequel il n'existe pas de stagnation appréciable des aliments dans la cavité gastrique, et dont la nutrition est encore assez satisfaisante pour qu'il augmente légèrement de poids, perd plus d'azote qu'il n'en ingère. Comme il faut qu'il emprunte cet azote à sa propre substance, il est perpétuellement en instance de déchéance azotée. Comme, en outre, il rend inutilisé par les fèces 12.617 °/o de l'azote qu'il ingère, son estomac est obligé de faire un *travail effectif* qui est bien au-dessus de son *travail utile*. Il a la peine de dissoudre, de transformer plus ou moins incomplètement, et l'intestin a la peine de charrier des aliments qui produisent par cela même de la dépense, et qui ne figurent pas au budget des recettes. D'où deux éléments de déperdition et un élément de fatigue inutile.

B. — Les choses se passent différemment, mais aboutissent au même résultat dans *l'hypersthénie permanente d'une évolution plus avancée avec contracture du pylore.*

On ne saurait choisir de meilleur sujet d'observation que le malade couché au nº 43 de la salle Serres. Mais, par suite de la difficulté qu'il y avait à surveiller son régime, l'expérience ne dura qu'un jour. Elle est pourtant significative, comme nous allons le voir.

Le malade prit un litre et demi de lait, 200 gr. de viande hachée, 100 gr. de pommes de terre en purée, 2 œufs à la coque et 150 gr. de pain. Les contenances respectives de l'urine et des fèces en Az, comparées avec les ingesta sont rassemblés dans le tableau ci-joint :

		Azote	Principes organiques	Principes inorganiques
Ingesta		22 gr. 583	392 gr. 883	27 gr. 427
Excreta	Urines	8 gr. 800	26 gr. 200	8 gr. 50
	Fèces	1 gr. 150	15 gr. 310	3 gr. 702
	Total	9 gr. 950	41 gr. 510	12 gr. 202

Si l'on ne considérait que les fèces, on pourrait croire que l'utilisation des aliments a été parfaite puisque leur contenance en Az est au-dessous de la normale. Mais si la digestion gastro-intestinale paraît si bonne, c'est que l'estomac n'a presque rien fourni à l'intestin, que les aliments sont restés en partie dans l'estomac fermé par son pylore contracté ainsi qu'on a pu s'en assurer le lendemain par un lavage de l'estomac. L'intestin n'a donc rien eu à faire, et cette minime besogne, il l'a encore accomplie fort mal, ainsi que vous allez pouvoir vous en rendre compte par un examen plus minutieux de la composition chimique des fèces.

Dans les fèces normales, le rapport de l'azote aux matières organiques est de 3,31 %. Ici le rapport s'élève à 7,51 %, c'est-à-dire qu'il a plus que doublé. Il y a donc manifestement insuffisance de l'intestin et de ses annexes à transformer en principes assimilables même la minime quantité d'albuminoïdes qui lui sont fournis par l'estomac, et comme notre malade ne pré-

sentait aucun trouble intestinal appréciable, cette insuffisance est vraisemblablement due à ce que l'estomac fournit à la digestion intestinale des matières mal préparées, sur lesquelles celle-ci n'a plus qu'une action limitée. »

Il résulte donc des recherches de M. Robin que la quantité d'azote contenu dans les fèces, comparée à celle que contient l'urine, et à la quantité des matières fécales, a une importance au point de vue du diagnostic de la sténose du pylore. Et l'on peut résumer les faits de la façon suivante :

1° La quantité d'azote éliminée dans les fèces, diminue dans des proportions notables, elle est au-dessous de la normale.

2° Cette quantité, bien que très faible, se trouve être plus forte qu'à l'état normal si on la compare au poids total des matières fécales, 7,51 °/₀ des matières au lieu de 3,31 °/₀.

3° Le rapport entre l'azote éliminé par les fèces et celui éliminé par l'urine est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal : 1 gr. 150 est à 8 gr. 800 comme 13 est à 100 ; or, à l'état normal l'azote des fèces est à l'azote urinaire comme 4,20 est à 100.

Dans le cas d'hypersthénie sans contracture la dernière proposition demeure seule vraie, tandis que les deux premières sont renversées.

Les recherches de M. Robin, faites à l'occasion de sténose par contracture, sont évidemment applicables aux rétrécissements cicatriciels et constituent un excellent moyen de savoir s'il s'agit bien d'un obstacle au cours des aliments situés entre l'estomac et l'intestin. En cas de doute, il ne devra donc pas être négligé.

Nous n'insisterons pas ici sur les résultats de l'intervention, non plus que sur le mode d'intervention qu'il convient de choisir. Qu'il nous suffise de dire que lorsqu'on est parvenu à supprimer d'une façon ou d'une autre la sténose pylorique, l'amélioration est rapide, et en quelque temps les malades reviennent à la vie active. Un des plus beaux exemples nous est fourni par ce malade

de M. Robin, considéré par lui comme perdu dans un délai très court, tellement faible qu'on hésite à le laisser faire le voyage de Paris à Reims, de peur qu'il ne succombe en route; et chez lequel la gastro-entérostomie faite par M. Doyen amena une guérison si rapide qu'au bout d'un mois, il pouvait sortir de la clinique et que six mois après M. Robin le retrouvait, faisant son dur métier de maçon.

Chaque fois que l'intervention a abouti au résultat cherché, c'est-à-dire donner une voie d'évacuation au contenu gastrique, le résultat a été excellent.

D. *Estomac biloculaire*

Sous le nom d'estomac biloculaire, on désigne une déformation permanente de l'organe produite par un rétrécissement de la portion moyenne. Si bien qu'au lieu d'une vaste cavité unique on en rencontre deux, communiquant entre elles par un canal plus ou moins long, plus ou moins étroit.

Longtemps cette lésion ne fut signalée qu'après autopsie, puis quelques cas furent trouvés au cours d'opérations sur l'estomac. Aujourd'hui il semble que le diagnostic puisse être fait dans certains cas, au lit du malade. C'est du moins ce que prétend M. Perret, qui, dans une thèse très complète (Th. Lyon 1896), à laquelle nous ferons de fréquents emprunts étudie avec soin l'estomac biloculaire.

Si nous traitons cette question à propos de l'ulcère, c'est que l'ulcère est la cause par excellence de cette déformation, qu'elle peut conduire le malade à la cachexie et à la mort ; et qu'une intervention est capable d'y remédier.

C'est la cicatrisation d'un ulcère large, profond, ayant mis longtemps à se cicatricer et le plus souvent d'un ulcère situé sur la grande courbure qui occasionne surtout l'estomac biloculaire. Tandis que l'ulcère de la face postérieure est le plus fréquent, on ne le trouve en cause que 6 fois sur 37.

L'ulcère de la grande courbure, très rare au contraire, a déterminé la biloculation beaucoup plus fréquemment. A la rétraction des parois due à la cicatrice s'ajoute souvent la présence d'adhérences de l'organe soit au foie, soit à la paroi abdominale et si ces adhérences ne jouent pas un rôle direct dans la production de la forme en bissac de l'organe, elles n'en ont pas moins une influence considérable sur le degré de rétrécissement en imprimant à l'une des deux portions de l'estomac, dans la majorité des cas à la portion pylorique, une torsion autour de l'axe qui contribue encore à augmenter l'occlusion du canal de communication.

Généralement situé à la partie moyenne de l'estomac, le rétrécissement peut se trouver plus rapproché de l'une ou l'autre extrémité; le volume des deux poches est alors très dissemblable.

Le rétrécissement se présente ordinairement sous la forme d'un canal fibreux à parois très épaissies. Le plus souvent, la longueur du rétrécissement est fort courte. La séreuse est épaissie et confondue avec du tissu fibreux. Quant à l'orifice de communication, il peut présenter un calibre très variable. Dans certains cas, il diminue de moitié seulement le calibre de l'estomac. Plus souvent, il le retrécit notablement plus, et, dans quinze cas, cités par Perret, il admettait à peine le passage d'un seul doigt ou d'un crayon. Rien d'extraordinaire qu'en pareilles circonstances les troubles fonctionnels soient considérables.

Ils ne présentent, du reste, rien de pathognomonique, et ils sont analogues aux troubles qu'on rencontre au cas de sténose du pylore : douleurs, vomissements, qui, joints à la perte d'appétit de plus en plus considérable, amènent la cachexie du malade, sans compter qu'en même temps peuvent apparaître des hématémèses. En somme, un malade atteint de rétrécissement de l'estomac ne diffère pas, à première vue, d'un ulcéreux en cours de maladie ou d'un sténosé pylorique.

Ces symptômes évoluent plus ou moins rapidement, et si, dans quelques cas rares, peut-être à la suite d'une torsion de l'estomac sur son axe, la marche est rapide et la cachexie précoce, le plus souvent, la marche est lente. Les accidents s'établissent graduellement, avec des alternatives d'améliorations et d'aggravations, mais le résultat est le même : la cachexie et la mort.

L'Observation suivante, prise dans la Thèse de M. Perret (p. 17), est un bel exemple d'estomac biloculaire :

G., Jeanne, trente-huit ans, ménagère, entrée le 17 février 1896, morte le 13 mars 1896. (Recueillie par M. Dumarest.)

C'est à l'âge de quatorze ans que remontent les maux d'estomac pour lesquels la malade entre aujourd'hui à l'hôpital. Ils étaient alors fort intermittents, peu accentués et caractérisés par des sensations de brûlure survenant après les repas, accompagnés de pyrosis et suivis de vomissements qui amenaient la disparition de la douleur. Cet état resta stationnaire jusqu'à l'âge de 23 ans. Alors la malade se marie avec un homme toujours très bien portant.

Au bout de trois ans de mariage, grossesse qui évolua normalement, mais qui, vers la fin, s'accompagna d'une recrudescence dans les douleurs stomacales et dans les vomissements. La malade essaya de nourrir son enfant, mais dut y renoncer au bout de trois mois. Pendant cinq années à dater de cette époque, l'affection suivit une marche progressive et aboutit à un état d'émaciation extrême, que la malade déclare avoir été aussi prononcé que l'état actuel et qui s'accompagnait, dit-elle, d'une teinte jaune des téguments, plus accentuée que maintenant.

Les accès douloureux étaient alors de deux en moyenne par jour, suivant les deux principaux repas ; l'un après-midi, l'autre pendant la nuit, toujours avec pyrosis et vomissements et la malade souffrait beaucoup de la faim. Trois fois durant cette première période il y a eu des hématémèses considérables. Souvent à d'autres moments, il y a eu des filets de sang dans les vomissements. L'ingestion des aliments provoquait immédiatement une sensation de bien-être. Au bout d'une heure ou deux, survenait la crise douloureuse. La malade n'a jamais observé de péristaltisme.

La malade buvait beaucoup de lait, mais n'a jamais été au régime lacté exclusif. Au bout de cette première période, les forces revinrent progressivement avec l'appétit. Les douleurs s'amendèrent. La malade put cesser l'usage de la morphine

dont elle avait pris l'habitude. De 37 kilos 500 la malade remonta à 60 kilos, son poids normal.

Cet état satisfaisant avec nombreux intervalles de bien-être, mais sans disparition complète des douleurs et des vomissements qui étaient seulement plus rares, dura jusqu'en avril 1895. A cette époque, nouvelle recrudescence des accidents qui conservent les mêmes caractères et aboutissent à l'état actuel.

Pas d'hématémèses, ni graves, ni légères. Il ne s'est pas produit de dégoût spécial pour les aliments, et la malade a conservé son appétit. Il ne paraît pas y avoir eu de vomissements marc de café.

Actuellement, teint assez coloré, émaciation et cachexie extrêmes. Crises périodiques, à peu près quotidiennes. Jamais de vomissements à jeun. Pas de rétention gastrique durant les premiers jours. Constipation absolue, jamais de diarrhée. La région épigastrique est dure, tendue et ne se laisse pas déprimer ; pas de points spécialement douloureux à la pression. Pas de sensation de tumeur localisée. Toute la paroi antérieure forme une plaque dure et lisse qui transmet très bien les battements aortiques.

Matité hépatique normale. Le ventre tout entier est dur et rétracté.

Le contenu stomacal retiré à la pompe offre une teinte brune très-suspecte, mais non caractéristique.

L'anachlorhydrie est absolue et l'acidité totale ne dépasse pas 0.8.



Fig. 1.

29 février. La malade n'a plus eu de vomissements depuis son entrée.

13 mars. — La cachexie a continué à être progressive, malgré l'absence de vomissements. La malade, il est vrai, ne s'alimentait pas. Les vomissements cependant ont reparu depuis deux jours.

La malade meurt.

Autopsie. — 15 mars. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve un estomac situé entièrement à gauche de la colonne vertébrale. Le pylore était sur la ligne médiane. A la partie moyenne de l'estomac, un rétrécissement très prononcé, lui donne la forme biloculaire. Au niveau du rétrécissement, une adhérence très solide avec la paroi abdominale antérieure. La poche cardiaque ou supérieure est très volumineuse, distendue qu'elle est par des liquides et surtout par des gaz. Elle soulève le diaphragme jusqu'au niveau de la troisième côte. La poche pylorique est de dimensions moins considérables. De nombreux ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Le point maximum du rétrécissement était situé à trois centimètres en dedans et au-dessous de la dixième côte.

Un examen très détaillé de la pièce suit l'observation ; nous n'en reproduirons pas le résultat en entier, mais seulement les conclusions : « Nous pouvons reconstituer ainsi l'histoire anatomo-pathologique de cet estomac biloculaire. Deux ulcères perforants de la face antérieure de l'estomac ayant déterminé : 1° un foyer de périgastrite avec bride fibreuse unissant la paroi abdominale au rétrécissement. 2° Une constriction circulaire de l'estomac par péritonite adhésive autour de l'organe et par rétraction du tissu cicatriciel donnant à l'estomac la forme en sablier. 3° Une obstruction presque complète du canal de communication des deux poches par suite de l'épaisseur du tissu formant les bords des ulcères et des replis de la muqueuse dans le voisinage. »

L'estomac biloculaire constitue donc une complication de l'ulcère aussi sérieuse que la sténose pylorique, et ce n'est que dans les cas où elle est très peu accentuée qu'elle est compatible avec l'existence. Inutile de dire que la chirurgie est aussi bien armée contre cette lésion que contre la sténose pylorique, nous n'en voulons pour preuves que les observations de Schmidt-Monnard, de Doyen, de Wölfler, d'Hofmeister, de Jaboulay, etc.

Mais nous l'avons dit dans le tableau offert par l'estomac biloculaire, rien ne peut faire soupçonner la lésion, et l'on penserait aussi bien à la sténose pylorique qu'à un ulcère en voie d'évolution. L'erreur n'aurait du reste aucune conséquence, puisqu'il doit être admis qu'en face d'une sténose, ou d'un ulcère de date aussi ancienne que le feraient soupçonner les accidents du rétrécissement de l'estomac, l'intervention est de rigueur. Mais mieux vaut toujours essayer d'être clinique et de savoir à quelle lésion on va avoir affaire lors de l'ouverture de l'abdomen. D'autant plus que le diagnostic est possible dans certains cas ; qu'il a même été fait.

On peut quelquefois constater le phénomème de l'ondulation gastrique, comparable aux ondulations péristaltiques d'une anse intestinale. On peut percevoir également le phénomène du clapotage ; symptômes qui se rapportent aussi bien à une sténose pylorique qu'à une sténose médio-stomachique. Quelques autres signes permettraient de les différencier. Dans l'estomac biloculaire, du moins dans la majorité des cas, la dilatation due à la poche cardiaque, la seule qu'on perçoive ordinairement, reste à gauche de la ligne médiane. Dans la sténose pylorique, au contraire, l'estomac dilaté, dépasse la ligne médiane. Un autre signe donné par M. Jaworski est la possibilité de produire le clapotage, et en même temps l'impossibilité de rien retirer par la sonde introduite dans l'estomac. Cette apparente contradiction n'existerait du reste que lorsque le bruit de clapotage se produit dans la poche pylorique séparée de la poche cardiaque par rétrécissement assez accentué. Un phénomène de même ordre est le suivant : au cours d'un lavage de l'estomac le liquide qui, jusque-là, ressortait clair, apparaît brusquement mêlé d'une notable quantité de résidus alimentaires. Un signe constaté dans le cas de Wolfler est l'impossibilité de retirer tout le liquide introduit par le lavage de l'estomac. Ce fait se trouve également rapporté par Schwarz ; il a donc une certaine importance.

Mais tous ces signes sont inconstants, et d'après M. Bouveret dont les idées ont été résumées dans la thèse de M. Perret le procédé à employer pour arriver au diagnostic de l'estomac biloculaire est l'insufflation de l'estomac. Les signes fournis par l'insufflation sont les suivants (Perret. P. 80) : « Dans le cas où l'orifice de communication entre les deux poches n'est pas fermé par l'insufflation, l'estomac distendu apparaît sous la paroi abdominale avec la forme d'un sablier, à moins cependant que l'une des deux poches, petite et très-adhérente, ne reste cachée sous la face inférieure du foie, ou bien que les parois antérieures des deux poches ne soient accolées sur une large surface. »

« Dans le cas où l'orifice de communication se ferme pendant l'insufflation, voici les signes qu'on peut constater : — 1) contraste entre les résultats de la palpation (clapotage) et ceux de l'insufflation, la palpation localisant la grande courbure plus ou moins au-dessous de l'ombilic, tandis que l'insufflation la fait apparaître beaucoup plus haut, au-dessus de l'ombilic, même immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches ; 2) petite dimension de la cavité distendue par l'insufflation, ce qui ne concorde pas avec la notion de sténose du pylore ; 3) position du point rétréci au niveau ou même à gauche de la ligne médiane. »

Nous ne savons quelle valeur l'insufflation peut avoir dans tous les cas ; elle a permis à Krukenberg dans le cas de Schmidt-Monnard, au professeur Bourget dans deux circonstances, à M. Bouveret de faire le diagnostic d'estomac en bissac sur le vivant. On devra donc la pratiquer lorsqu'on soupçonnera cette déformation.

La première intervention chirurgicale dans le cas d'estomac biloculaire, suite d'ulcère, paraît avoir été faite par le Professeur Von Waht (Obs. de Nissen) le 14 septembre 1889. Le malade fut opéré pour une péritonite due à la perforation d'un ulcère ; on ne reconnut pas, même après ouverture de l'abdomen, la lésion de l'estomac, qui s'accompagnait, du reste, d'une perforation ; et ce ne fut qu'à l'autopsie que l'on vit la forme en

bissac de l'estomac. En mai 1890, une seconde intervention est faite par Bramann (Obs. de Bauermister); mais la malade, très affaiblie, succomba, un mois et demi après l'opération, par inanition.

Le premier résultat heureux est dû à Krukenberg (Observation de Schmidt-Monnard). L'opération, faite le 3 novembre 1892, après diagnostic fait, fut suivie d'un plein succès.

Puis viennent les opérations de Doyen en 1893, de Wölfler, de von Eiselberg, d'Hofmeister, de Jaboulay, de Watson, de Lauenstein, de Schwarz, de Langenbuck. En tout, douze Observations; dans dix cas, on traita l'estomac en bissac, avec une mort et neuf résultats opératoires et fonctionnels excellents. Ces faits prouvent donc que la déformation en bissac de l'estomac est une affection contre laquelle il est possible de faire beaucoup; nous verrons que cela est même facile.

En conséquence, lorsque l'estomac biloculaire se manifestera par des symptômes très accusés, il ne faudra pas hésiter à intervenir et attendre que le malade soit trop affaibli pour pratiquer cette intervention. Nous répétons que toujours le diagnostic ne sera pas fait; mais, comme les phénomènes que détermine la lésion se rapportent à d'autres affections pour lesquelles il est également commandé d'intervenir, l'erreur ne tirera pas à conséquence.

E. *De la cure radicale de l'ulcère de l'estomac*

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que du traitement chirurgical des accidents qui pouvaient aggraver à un moment donné la marche de l'ulcère rond. Mais ne faut-il penser à l'intervention qu'en face de ces complications ; ne peut-on songer à prévenir ces accidents en traitant préventivement l'ulcère non compliqué ? Faut-il faire, en un mot, la cure radicale de cette affection ?

M. E. Lambotte (1) a, dans un article de la Clinique, exposé son opinion sur ce sujet, arrivant à cette conclusion que dans certains ulcères, cette cure radicale doit être tentée. Il l'a du reste faite dans deux cas avec deux succès éclatants. Nous emprunterons quelques passages à son intéressant mémoire.

Il y a, du reste, ulcère et ulcère, comme il existe hémorrhagie et hémorrhagie, et nous n'entendons pas proposer, disons-le immédiatement, l'intervention à tout ulcéreux stomacal, mais il est des cas où l'opération donne les plus heureux résultats et guérit des ulcères en voie d'évolution, en dehors de toute complication, alors que le traitement médical reste à peu près impuissant. Pourquoi alors ne pas la tenter cette opération ? Ces cas nous dirons quels ils sont, lorsque nous aurons établi la légitimité et la nécessité de l'intervention passant en revue les raisons pour et contre.

« L'ulcère rond est une maladie grave, douloureuse, périlleuse pour la vie ; son cours est fertile en accidents divers et se déroule avec une opiniâtreté désolante.

Celui qui en est atteint est malheureux. Chaque repas réveille ses douleurs ; et c'est avec appréhension qu'il sent arriver la faim, car, talonné par elle, il ne pourra toucher aux aliments qu'au prix de douleurs souvent excessives, de vomissements ou de malaises souvent insupportables. Se confie-t-il à nos soins ? Se soumet-t-il à nos prescriptions ? Il lui est interdit d'user tels ou tels aliments, il ne peut prendre qu'une faible ration, il doit s'abstenir de toutes boissons acides, il doit éviter les fatigues, les chocs, les mouvements quelque peu énergiques et se priver ainsi de la plupart des agréments de la vie. Dès que le plus petit symptôme révèle l'irritation de la plaie, il doit interrompre ses occupations, garder le lit et y rester dans la plus grande immobilité jusqu'à disparition

(1) La Clinique, 1894 : De la cure radicale de l'ulcère chronique de l'estomac.

complète de la crise. En se soumettant à ce régime, il ne pourra encore se rassurer sur son état ; sa vie est livrée au hasard d'une perforation : la moindre nausée, le plus petit tiraillement lui rappelle qu'il est dans l'imminence d'une mort affreuse. Et cette situation misérable dure souvent des années ! Les cas datant de cinq à dix ans sont ordinaires ; ceux qui remontent à quinze ou vingt ans sont loin d'être rares ; Brinton en cite un exemple qui perdura trente-cinq années !

Il est malheureusement certain, en effet, que le traitement est d'ordinaire fort long, qu'il exige une grande persévérance, un régime sévère et que toutes ces conditions étant réunies, la guérison est encore incertaine. Est-elle enfin obtenue, le sujet reste encore exposé à la récidive de son mal. Pendant longtemps il doit craindre d'être sous le coup d'accidents mortels, car bien des ulcéreux, supposés guéris, présentent, après une durée variable, les acidents de la pylorosténose, des hémorrhagies effrayantes, ou sont tout à coup emportés par une perforation mortelle.

Que de patients, faute du temps nécessaire à un traitement convenable, ont en perspective la durée indéfinie de leur mal ! Bien des malheureux dont les ressources ne permettent pas l'observance d'un régime quelconque, trouvent au contraire, dans leurs souffrances, un obstacle au gain de leur pain !

Il est de ces malades chez lesquels les traitements les mieux dirigés n'arrêtent pas le cours de la maladie ; celle-ci, malgré tous les moyens mis en œuvre, se manifeste par le retour périodique des crises gastralgiques abominablement douloureuses. Les privations alimentaires, les souffrances à tout instant renouvelées, l'imperfection habituelle des digestions, amènent inévitablement un état de faiblesse extrême ; et son cortège habituel d'anémie, de nervosisme, de mélancolie crée au patient une situation tout à fait lamentable. » (E. Lambotte, loc. citato.)

Peut-être trouvera-t-on ce tableau un peu chargé, et en accusera-t-on la main du chirurgien. Je vois cependant qu'il

répond à la réalité et il diffère bien peu de celui que nous trace M. Bouveret (1), un médecin, cette fois, qu'on ne peut accuser de prêcher pour l'intervention ; car à lire son chapitre du traitement de l'ulcère on peut juger du peu de confiance qu'il a dans le traitement chirurgical.

Or je lis à la page 281 : « Dans la grande majorité des cas l'affection est vraiment chronique. On admet que la durée en est de 18 mois à 2 ans. Lebert indique de 3 à 5 ans comme durée moyenne. Il faut longtemps pour obtenir la réparation d'un ulcère, même s'il est bien traité. La durée de bien des cas paraît être beaucoup plus longue. Un de mes malades succomba dans un état d'extrême émaciation ; les premières hémorrhagies avaient eu lieu plus de 20 ans auparavant, et depuis le patient n'avait guère cessé de souffrir et de vomir. »

Au milieu de la page 282 : « ... La marche de la maladie n'est généralement pas régulière, continue ; elle est plutôt paroxystique, marquée par des alternatives de rémission et d'aggravation...... Le malade a l'illusion d'une guérison complète. Le médecin ne doit point partager cette illusion. Après quelques mois d'accalmie, il n'est pas rare que l'estomac devienne de nouveau douloureux et que les vomissements et les hémorrhagies reparaissent. »

P. 294 : « Il va sans dire que le malade doit être longtemps surveillé. Nous n'avons aucun signe qui nous permette d'affirmer la cicatrisation complète et définitive de l'ulcère. Un accident grave peut se produire inopinément après une apparente guérison. Il vaut mieux pécher par excès que par défaut de prudence. Lorsque les douleurs ont entièrement disparu, le malade peut reprendre ses occupations professionnelles, mais avec modération, et il est absolument nécessaire que, pendant très longtemps encore, il suive un régime sévère, calqué sur celui qui vient d'être décrit ; surtout qu'il s'abstienne de tous

(1) Bouveret. Traité des maladies de l'estomac.

les ingesta capables de stimuler la sécrétion du suc gastrique. Je proscris l'alcool indéfiniment. Il faut éviter l'activité physique exagérée, les efforts, les mouvements brusques, les émotions morales, toutes les causes de nature à produire une fâcheuse activité de la circulation. Il est désirable d'entretenir une certaine chaleur à la périphérie. »

Evidemment rien de mieux que toutes ces précautions ; mais forcer un homme, qui doit gagner sa vie, à éviter les efforts physiques, etc., c'est le condamner à mourir de faim par un autre mécanisme que par celui de l'ulcère. A peine, ces précautions seront-elles supportées par les malades de la ville, qu'elles transforment en véritables infirmes.

Il nous suffit de ces quelques citations pour donner une idée de l'état dans lequel se trouvent les patients atteints d'ulcère ; j'ose affirmer qu'il laisse bien loin derrière lui l'état de l'individu atteint d'une ou de deux hernies inguinales qu'on opérera sans hésitation s'il se présente dans certaines conditions ; pourquoi ? Parce que cette hernie peut s'étrangler. Mais l'ulcère n'a pas qu'une seule complication.

Il peut se perforer, et cela dans une proportion de 13,5 % d'après Brinton. Il est vrai que dans 3 à 5 % des cas seulement il entraînerait la mort immédiate par péritonite généralisée, et dans le reste des faits, il déterminerait des abcès périgastriques, un peu moins graves parce qu'ils laissent au chirurgien le temps d'intervenir, et cependant combien de ces péritonites localisées autour de l'estomac causent encore la mort ! Témoin le fait que j'ai observé dans mon année d'internat chez le professeur Dieulafoy : Une malade arrivant avec une péritonite généralisée. Opération par M. Albarran ; amélioration passagère ; puis mort ; à l'autopsie on put constater qu'il s'agissait d'un ancien abcès sous-phrénique consécutif à un ulcère, abcès ouvert dans la grande cavité péritonéale. L'opération avait désinfecté le péritoine mais laissé méconnu le foyer de l'abcès. J'ajouterai que la proportion de 3 à 5 %

de perforation d'emblée dans la grande cavité péritonéale me semble un peu faible, car si dans une année d'internat en médecine je n'ai vu que cinq ou six ulcères, pendant deux années d'internat en chirurgie j'ai vu deux morts par péritonite par perforation.

De l'hémorrhagie nous savons ce qu'il faut en penser ; c'est la mort dans 5 % des cas d'ulcère.

La sténose fatalement mortelle, les adhérences rendant la vie insupportable au malade, sont également des arguments en faveur de la cure radicale ; il nous est impossible de fournir des chiffres ; mais ces accidents doivent entrer en ligne de compte.

Une complication, dont le rapport avec l'ulcère n'a été bien étudié que dans ces dernières années, est la localisation d'un cancer au niveau d'un ancien ulcère. Ce rapport de cause à effet est aujourd'hui bien établi, et, d'après Lebert, ce serait dans une proportion de 9 % qu'on verrait le cancer se greffer sur l'ulcère. D'après M. Rosenheim, la proportion ne serait que de 6 %. D'après M. Doyen, au contraire, elle serait plus forte. M. Robin, dans la statistique qu'il a bien voulu m'envoyer, en signale un fait sur 15 cas d'ulcères suivis pendant longtemps.

Si, enfin, nous ajoutons que l'ulcère d'estomac détermine, dans un nombre de cas qu'il est impossible de chiffrer, l'anémie pernicieuse; que, d'autre part, il est susceptible d'être le point de départ de phénomènes graves de névrite ascendante du côté du pneumogastrique; qu'il expose à toutes les infections du fait de l'état de moindre résistance dans lequel il plonge le malade; qu'il prédispose à la tuberculose; qu'enfin il peut amener la mort par la cachexie, résultat des troubles digestifs, des souffrances, des hémorrhagies, etc., on pourra juger du bilan peu brillant qu'offre l'histoire de l'ulcère.

Lebert nous dit que la mortalité générale de l'ulcère est de 8 %, chiffre un tant soit peu contradictoire avec celui qu'il

donne pour la fréquence du cancer greffé sur l'ulcère (9 °/₀). Brinton, au contraire, l'estime à 50 °/₀. La vérité est peut-être entre les deux. Et il est indispensable de distinguer à ce point de vue la clientèle hospitalière et la clientèle de ville; celle-ci, qui peut se soigner dès le début, continuer longtemps le traitement, prendre toutes les précautions que recommandait M. Bouveret; celle-là, au contraire, tardant à venir consulter à cause du travail, ne consentant à se soigner que pendant les crises aiguës, retournant ensuite immédiatement à ses travaux pénibles et à ses écarts de régime. La proportion donnée par Lebert est peut-être vraie pour les malades riches, celle de Brinton pour les malades pauvres.

En tous cas, cette obligation dans laquelle les malades des hôpitaux sont de travailler pour vivre et, par conséquent, de manger, de négliger un régime, doit être prise en considération lorsqu'il s'agit de peser le pour et le contre de l'intervention. Dans un cas où l'on persisterait dans le traitement médical chez un malade aisé, il sera quelquefois nécessaire d'intervenir chez celui qui a besoin de son travail.

Tous ces faits plaident en faveur d'une intervention ; et les seules questions ou objections qu'on puisse faire sont les suivantes

1° On tend à considérer l'ulcère non pas comme une affection idiopathique mais comme une lésion, liée à une maladie plus générale de l'estomac, l'hypersécrétion ; dans ces conditions n'est-il pas irrationnel d'entreprendre une opération qui, au premier abord, ne supprimerait pas l'hypersécrétion ?

2° L'intervention est-elle efficace ?

3° L'opération n'est-elle pas plus grave que l'ulcère lui-même ?

Avant de résoudre ces différentes questions, nous disons immédiatement que l'opération qui doit être pratiquée est la gastro-entérostomie avec ou sans résection de l'ulcère, cela importe peu, nous le verrons plus loin. Quelquefois la résection a suffi,

mais théoriquement la gastro-entérostomie est meilleure que la résection ; au point de vue des résultats elle la vaut, et elle lui est supérieure par sa moindre gravité. Ceci soit dit en passant, au chapitre des procédés opératoires nous reviendrons sur ces considérations.

Quelle que soit la théorie pathogénique admise pour expliquer la formation de l'ulcère de l'estomac, un fait bien établi c'est que dans cette affection le suc gastrique joue un rôle considérable pour empêcher sa guérison et aussi pour en provoquer l'extension. D'autant plus que dans la majorité des cas, à l'ulcère se trouve associée une hypersécrétion de suc, et une hyperacidité.

Pavy émit le premier cette idée que l'hypersécrétion non seulement est une cause d'aggravation, d'extension de l'ulcère, mais encore en est l'origine. Aujourd'hui cette idée a fait fortune, et se trouve adoptée par un grand nombre de pathologistes. Malgré quelques faits contradictoires, c'est elle qui explique le mieux les caractères et la marche de l'affection.

Il ne serait pas du reste impossible que la réciproque fût vraie et que l'ulcère fût non l'effet, mais la cause de l'hypersécrétion. Comme le dit très-justement M. E. Lambotte : la sialhorrée est constante dans les affections buccales, l'épiphora dans les ulcérations de la cornée, etc.; c'est une règle générale que l'excitation douloureuse des filets sensitifs d'une muqueuse amènent une sécrétion exagérée des glandes de cette muqueuse. Pourquoi en serait-il différemment pour l'estomac ? Une observation de Lambotte vient assez bien à l'appui de cette idée : Il s'agit d'un malade auquel il pratiqua une résection d'ulcère; avant l'opération, la quantité d'HCl était de 3.70 à 4.10 ‰; après l'opération, cette quantité tomba à 1.9 ‰.

Küster put également constater après la gastro-entérostomie pour ulcère que l'acidité du suc gastrique, qui était augmentée avant l'opération, redevint normale après.

Qu'il en soit, du reste, ce qu'il voudra, des relations entre l'hypersécrétion et l'ulcère, le fait, c'est qu'elles existent et que

l'hypersécrétion, qu'elle soit cause ou effet de l'ulcère, retentit finalement de la façon la plus défavorable sur la marche de l'affection. Si encore le suc gastrique, sécrété en trop grande abondance, pouvait sortir, comme à l'état normal, de l'estomac! Mais, comme nous le verrons tout à l'heure, il y est retenu par la contracture du pylore, et continuellement il se trouve en contact avec la paroi stomacale au lieu de ne s'y trouver qu'à certains moments de la journée. Ce qu'il importe donc, c'est, ou bien de faire disparaître cette hypersécrétion ou d'en annihiler les effets. La médecine tend au premier résultat en diminuant par la diète le travail de l'estomac et, par conséquent, les causes capables d'exciter la sécrétion; d'autre part, elle en neutralise les effets au moyen des alcalins, ou même l'enlève par les lavages. Par la gastro-entérostomie, tous ces résultats sont obtenus. La bouche intestinale, tout en n'étant pas béante, permet une évacuation normale du contenu de l'estomac et empêche la rétention prolongée du liquide sécrété. D'autre part, comme une des principales causes de douleurs dans l'ulcère vient des contractions de l'organe qui s'efforce de pousser les aliments à travers le pylore contracturé, les aliments passant désormais facilement dans l'intestin, une des causes de douleur est supprimée.

Or, il ne peut être douteux que, comme le dit M. Lambotte, la douleur n'excite la sécrétion; la preuve en est le cas cité plus haut.

Qu'il nous soit permis d'insister en terminant sur la contracture du pylore, contre laquelle, ce me semble, agit surtout la cure radicale par la résection en supprimant l'ulcère, cause de la contracture, par la gastro-entérostomie en fournissant un autre orifice à l'évacuation du contenu stomacal. Cette contracture déterminant une sténose est une raison de plus d'intervenir.

Le spasme existe lorsque l'ulcère siège au niveau du pylore ou dans les environs, mais il peut apparaître, même lorsque

l'ulcère en est écarté. M. Doyen a bien insisté sur ce fait si important au point de vue chirurgical. M. A. Robin l'avait déjà bien mis en lumière.

« D'après M. Robin, la contracture du pylore est la cause principale des souffrances des hyperchlorhydriques, et c'est également d'elle que dérive la dilatation de l'estomac. Il est arrivé pendant les crises douloureuses des hyperchlorhydriques à percevoir, par un palper profond, le pylore dur et contracturé. Après une pression énergique de 5 à 10 minutes le sphincter se relâchait et un soulagement presqu'immédiat suivait l'évacuation de l'estomac. »

Les Docteurs Malibran, de Plombières, et Frémont, de Vichy, attribuent également la plus grande partie des phénomènes pénibles de la dyspepsie à la stagnation des aliments par suite du spasme pylorique. » (Doyen, loc. citat. P. 14).

La meilleure preuve de l'existence de cette sténose ce sont les faits de dilatation de l'estomac, de vomissements d'aliments ingérés depuis plusieurs jours, alors qu'il n'existe nulle raison anatomique suffisante pour expliquer ces faits. Nous en trouvons un bel exemple chez le malade de M. Robin qui présentait tous les symptômes de la sténose pylorique. L'opération pratiquée par M. Doyen démontra qu'il s'agissait d'un ulcère calleux de la petite courbure.

Dans cinq cas opérés par Carle, il s'agissait d'individus chez lesquels aucun symptôme ne faisait supposer ni sténose, ni ulcère. Les médecins avaient diagnostiqué « dyspepsie nerveuse avec dilatation ». La laparotomie fut entreprise après de longs et inutiles traitements. Il existait une gastrectasie de la grande courbure. L'anneau pylorique ne présentait aucune cicatrice et admettait le petit doigt. Cet orifice paraissant insuffisant pour le libre passage des aliments, Carle élargit le pylore par la pyloroplastie.

« L'excellence du résultat obtenu démontre, ajoute-t-il, qu'il s'agissait aussi dans ces cas d'un obstacle mécanique et que

les souffrances des malades dépendaient de la stagnation des aliments dans l'estomac. »

Si de simples inflammations de l'estomac sont susceptibles de produire la contracture du pylore, à plus forte raison lorsqu'elles se compliquent d'ulcérations douloureuses. On ne voit pas dans ces conditions pourquoi l'on hésiterait à intervenir, étant donné que dans la sténose cicatricielle, l'hésitation n'est pas de mise. Le rétrécissement spasmodique a évidemment pour lui de disparaître avec l'affection stomacale qui lui a donné naissance, mais il présente la même gravité au point de vue de ses résultats, que la sténose cicatricielle, il entraîne les mêmes troubles, et conduit à la même cachexie, voire même à la mort s'il se prolonge, lié dans sa persistance à la lésion de l'estomac. Nous revenons donc à cette conclusion que les ulcères de trop longue durée ne réagissant pas au traitement médical doivent être opérés.

Tout cet exposé purement théorique est largement confirmé par les résultats opératoires, et la réponse à cette question : l'intervention est-elle efficace ? jaillit de la lecture des quelques cas d'ulcères en voie d'évolution où elle a été tentée. Nous ne dirons pas, tentée de parti pris, car à part les observations de M. Doyen, de M. E. Lambotte, de M. Tuffier, celles que j'aurai à citer se rapportent à des malades chez qui on est intervenu sans préméditation de faire la cure radicale de l'ulcère, mais pour parer à des accidents supposés ou réels de sténose, ou pour des hémorrhagies.

Qu'il y ait eu non intention, les résultats ont été les mêmes : étonnants.

Nous n'en voulons pour preuves que les faits rapportés par Küster, Doyen et E. Lambotte. Chacun de ces auteurs est intervenu deux fois dans le cours d'ulcère de l'estomac. Cordua est également intervenu une fois pour une tumeur due à un épaississement autour d'un vieil ulcère.

Dans le premier cas opéré par Küster, il s'agit d'une jeune

fille chez qui l'intervention fut en grande partie décidée à cause d'hémorrhagies graves. Après cautérisation de l'ulcère, situé sur la partie postérieure, et pour prévenir un rétrécissement ultérieur du pylore, non loin duquel était l'ulcère, le chirurgien fit la gastro-entérostomie. En quelques mois, le poids de la malade s'éleva de 39 à 47 kilos, et, deux ans après, elle n'avait plus présenté ni troubles digestifs ni hématémèses.

Chez un autre malade, Küster fit également la cautérisation d'un ulcère de la région pylorique et la gastro-entérostomie. En trois mois, le poids du malade monte de 59 à 68 kilos. Les troubles digestifs disparaissent complètement. Bien plus, cinq mois après, on pouvait constater que l'acidité du suc gastrique, augmentée, avant l'opération, était redevenue normale à l'époque de l'examen.

Les deux faits de M. Doyen, rapportés dans son ouvrage, sont aussi concluants ; un homme de 34 ans est opéré le 22 mars 1893 : cachexie de longue date, troubles gastriques intenses, etc.; l'opération démontre un ulcère très étendu des faces antérieure et postérieure; la gastro-entérostomie est faite, amenant la guérison opératoire et fonctionnelle.

Même résultat chez une femme opérée en novembre 1893 pour un ulcère situé sur la petite courbure.

M. le Dr E. Lambotte est intervenu de parti-pris par la résection dans deux cas d'ulcère. Dans une opération pratiquée le 6 septembre 1891, après incision de la paroi antérieure de l'estomac, les bords de l'ulcère, qui se trouvait situé sur la paroi postérieure, furent décollés, râclés, puis enfin suturés au catgut. La guérison fut complète, et revue un an et demi après, à l'hôpital où elle était venue accoucher, elle a déclaré être restée parfaitement guérie.

Le 6 septembre 1892, M. E. Lambotte opérait un homme de 43 ans, souffrant depuis cinq ans de douleurs intenses, ne lui laissant presque pas de répit et l'ayant amené à la cachexie. Les traitements médicaux les plus variés le soulageaient à peine et

momentanément. L'ulcère, qui siégeait sur la paroi antérieure, fut excisé. A partir de ce moment le malade cessa de souffrir; le suc gastrique reprit même son acidité normale. Revu 9 mois après l'opération, le malade disait n'avoir plus ressenti la moindre douleur.

Ces faits sont probants, bien qu'ils ne soient pas très nombreux. Les renseignements consécutifs ont été donnés à des dates assez rapprochées de l'intervention; cependant, comme ce sont déjà des cas opérés il y a trois et quatre ans, il est probable que si les malades avaient recommencé à souffrir, ils seraient revenus soit à leur premier opérateur qui les avait soulagés momentanément au moins, soit à d'autres médecins qui n'auraient pas manqué de publier un cas de récidive à la suite d'opération pour ulcère. Sans avoir rien pour affirmer par conséquent, que la récidive n'a pas eu lieu, nous pensons cependant qu'il en a été ainsi, les malades ayant été perdus de vue.

Dernière objection : Quelle est la gravité de l'opération, n'est-elle pas supérieure à celle de l'ulcère? Les faits que j'ai rassemblés prouvent déjà que l'intervention n'est pas nécessairement grave, sur onze opérations il y a eu dix guérisons opératoires. Ce nombre de cas est évidemment insuffisant pour juger de la gravité d'une méthode opératoire. Mais si nous considérons qu'en somme, la gastro-entérostomie donne actuellement une mortalité brute de 23 %, que cette proportion s'abaisse notablement lorsque l'on défalque un certain nombre de morts qu'on ne peut régulièrement attribuer à la gastro-entérostomie, et qu'elle est destinée à s'abaisser encore de par le perfectionnement des procédés opératoires; que d'autre part une résection d'ulcère de la face antérieure n'est pas une opération plus difficile, plus longue, et par conséquent plus grave qu'une gastrotomie pour corps étranger, gastrotomie qui, faite dans un grand nombre de fois déjà, n'a pas occasionné la mort, on arrive à conclure que sinon inoffensive, l'opération est du moins sans danger extrême. Nous irons plus loin; théoriquement, la gastro-entérostomie sans ouver-

ture de l'estomac, ni de l'intestin, comme le conseille M. Souligoux, n'est qu'une laparotomie ; or, je ne sache pas qu'une laparotomie faite chez un individu à peu près bien portant au point de vue général, soit une opération capable d'entraîner la mort. Aussi ce qui fera la gravité de l'intervention, ce sera l'état général du malade, et les morts résulteront du peu de résistance des individus : car longtemps encore les chirurgiens en seront réduits à attendre que la médecine ait épuisé tout son arsenal thérapeutique. Par conséquent, sans prétendre que la cure radicale de l'ulcère ne donne que dix cas de mort sur cent, comme cela serait, si la proportion se continuait, nous pouvons croire qu'elle donnera lieu à une mortalité infime, étant donnée la simplicité de l'intervention. Disons immédiatement, sans insister sur les raisons qui nous la font préférer, que cette intervention doit consister en une gastro-entérostomie simple.

Voyons, maintenant, la proportion de mortalité de l'ulcère. Brinton nous dit que l'on meurt dans 50 % des cas. Evidemment il est au-dessus de la vérité et a dû se trouver placé dans des conditions d'observation spéciale. Lebert nous dit qu'on meurt dans 8 % des cas. J'ai sous les yeux un recueil de faits qu'a bien voulu me fournir le docteur Robin, faits empruntés en partie à sa clientèle hospitalière, en partie à sa clientèle de ville. Or, sur 42 malades, 5 sont morts, ce qui donne une mortalité de 12 %. Sur les 42 malades, 25 appartiennent à la clientèle de ville, 17 à celle de l'hôpital ; or, sur les 25 malades de la ville il n'y a eu qu'une mort, soit une proportion de 1/4 % ; tandis que sur les 17 de l'hôpital il en est mort 4, soit une proportion de 23,5 % ; proportion de la mortalité brute de la gastro-entérostomie. Il y a donc une distinction essentielle à faire entre les deux classes malades au point de vue du pronostic de l'ulcère. Dans l'un, le malade pouvant se soigner à temps, se soumettre à un régime que ne vient pas troubler la nécessité de travailler ; dans l'autre, les

malades hésitant à se soigner dans le début, croyant toujours avoir affaire à un malaise passager, arrivant à l'hôpital quand ils y sont absolument forcés, et en sortant le plus vite possible pour reprendre un travail nécessaire à leur existence, et cessant alors un régime qu'il faudrait prolonger, mais qui les affaiblit.

Nous n'avons pas la prétention, du reste, d'intervenir dans tous les cas d'ulcères, il ne faut donc considérer la mortalité de l'affection que dans les cas où l'on aurait pu songer à intervenir. Ceci est très important.

Il est en effet des ulcères qui guérissent rapidement, facilement sous l'influence d'un régime bien dirigé, d'après une note qu'a bien voulu me remettre M. Robin, c'est la majorité des ulcères qui guérit ainsi. Evidemment, ces ulcères qu'on pourrait appeler bénins, peuvent se perforer, car on ne sait jamais où l'on en est avec un ulcère, ils peuvent être le siège d'une hémorrhagie grave ; mais c'est l'exception, et ces accidents apparaîtraient plutôt dans les ulcères complètement latents. Ces ulcères, personne ne songe à les traiter chirurgicalement, il faut donc les défalquer du total ; nous ne savons pas exactement quel est leur nombre, et ne pouvons fournir de chiffres. Mais ces cas mis de côté, la mortalité de l'ulcère par rapport aux cas rebelles au traitement médical, à ceux qui récidivent, en somme à ceux pour lesquels nous ferions la gastro-entérostomie, s'élève dans des proportions considérables.

On nous demandera en combien de temps guérissent les ulcères bénins, à partir de quelle époque un ulcère doit-il être considéré comme rebelle à la thérapeutique. C'est la question que nous avons posée à plusieurs de nos maîtres, et leur réponse a été à peu près la même. Il y a des ulcères qui guérissent, sans récidive, après 1, 2 ou 3 mois de régime lacté absolu. D'autres, sans guérir aussi rapidement, répondent à l'effet du traitement, les malades s'améliorent peu à peu et si la guérison n'est pas complète en six mois, du moins elle est bien avancée. Nous disons guérison, voulant signifier par

là, cessation des troubles accusés par les malades, car la guérison anatomique de l'ulcère on ne peut l'affirmer et il est prudent de conseiller la continuation du régime un certain temps après la disparition des symptômes. Par conséquent, pour nous un ulcère qui, après six mois de traitement bien suivi, ne présente pas une amélioration notable, est un ulcère qui tend à passer à l'état chronique. Nous en dirons autant de ces ulcères qui, améliorés pendant un certain temps, sans cause aucune présentent une recrudescence pour s'améliorer de nouveau et récidiver un peu plus tard.

Par conséquent, gravité de certains ulcères, bénignité de l'intervention pratiquée en temps opportun, efficacité de cette intervention, sont des raisons, ce me semble, suffisantes pour engager à y recourir dans certains cas. Mais quels sont ces cas?

Il y a des ulcères qui guérissent facilement sous l'influence d'un régime, les phénomènes s'améliorent progressivement, quoique lentement et finissent par disparaître : à ceux-là, laissons le traitement médical. Il en est d'autres qui ont bien guéri, mais après guérison, après abandon du régime se manifestent de nouveau par des douleurs, des troubles dyspeptiques, etc. En un mot, récidivent. Ceux-là ressortent du domaine de la chirurgie et si sous l'influence d'un nouveau régime ils ne s'améliorent pas rapidement, il n'y a nulle utilité à attendre ; cette attente n'aboutira qu'à laisser affaiblir le malade, et à le placer dans des conditions moins bonnes pour l'opération. En principe, nous considérons la récidive dans l'ulcère de l'estomac comme une indication de l'intervention, si surtout le traitement a peu de prise. — Il est d'autres ulcères enfin que toute thérapeutique laisse froids ; ils n'ont pas l'air de s'apercevoir qu'on les soigne ; s'ils s'améliorent sous l'influence d'une médication quelconque, ce n'est que pour quelques jours, et chaque nouvelle médication n'apporte un petit soulagement que pour la même courte durée. A ces ulcères convient encore le traitement chirurgical.

Enfin, un point dont il faut tenir compte, c'est l'état social du malade. Evidemment si l'on a affaire à une personne n'ayant aucune occupation, du moins fatigante, qui pourra compenser la suppression de certains aliments réconfortants par des artifices culinaires, qui pourra en un mot suivre un régime longtemps sans autre inconvénient que de se priver des satisfactions d'une vie ordinaire, il faudra temporiser, essayer de nouveaux traitements. Tout autre est la situation du malade obligé à un travail pénible ; non seulement les efforts auxquels il doit se livrer sont un danger pour sa vie en pouvant être la cause occasionnelle d'une perforation, mais encore ces efforts ne vont pas sans une alimentation substantielle qui compense bientôt les bons effets d'un régime suivi quelque temps à l'hôpital. Dans ce cas, la nécessité où se trouve le malade de travailler devient une raison de plus d'intervenir, pour lui supprimer, fonctionnellement du moins, un organe qui lui est si gênant et qui, non content de l'empêcher de gagner sa vie, l'expose à chaque instant à la perdre par une complication terrible.

Je dirai donc en me résumant, que je crois l'intervention indiquée, chaque fois qu'un ulcère soumis à un régime bien compris et bien suivi, n'est pas amélioré notablement dans un espace de six mois ; elle est indiquée quand l'ulcère, par sa récidive, se manifeste comme devant être rebelle au traitement, à plus forte raison quand il s'agit d'ulcère datant de plusieurs années que n'améliorent que passagèrement, ou même pas du tout, les traitements variés qu'on aura pu lui faire subir. Ces indications sont d'autant plus formelles qu'il s'agit d'un malade que sa position oblige à travailler et par conséquent empêche de se soumettre à une médication rigoureuse et longtemps prolongée.

Résumé des indications opératoires

De toute l'étude qui précède, nous arrivons à conclure que les diverses indications de l'opération dans le cours de l'ulcère de l'estomac, la perforation laissée de côté sont : les hémorrhagies graves, et nous avons vu par le mot de graves ce qu'il fallait entendre, la sténose, les adhérences, l'estomac biloculaire et les ulcères rebelles.

Nous avons essayé d'indiquer le plus exactement et le plus complètement possible, tout en étant assez bref, les signes qui permettent de diagnostiquer chacune de ces lésions. Mais si, théoriquement, il est facile de faire des distinctions entre elles, en pratique il en va tout autrement. Les symptômes ne sont pas toujours assez nets pour permettre de faire un choix exact entre les différentes complications ; la symptomatologie de chacune est évidemment bien établie et souvent l'on pourra affirmer la sténose, les adhérences, etc., mais souvent aussi, on ne pourra même pas dire s'il s'agit d'un accident d'ulcère plutôt que de cancer ou de dilatation ; et la preuve en est, les erreurs de diagnostic que chaque clinicien a dû reconnaître quand, passant des raisonnements aux faits, il a constaté par la laparotomie ou l'autopsie la réalité des lésions.

Que faire alors dans ces cas où l'on doute ? Faut-il attendre qu'un nouveau signe éclaire le diagnostic et montre de quoi il s'agit exactement ?

En réalité cela importe bien peu. D'abord les indications de l'intervention sont à peu près les mêmes pour toutes les affections qui peuvent prêter à confusion, et si la conduite opératoire varie, l'indication d'aller voir ce qu'il y a reste la même. Le malade n'aura qu'à gagner à une erreur de diagnostic qui aura décidé de la laparotomie, et de ce qu'on lui aura ouvert le ventre pour un cancer alors qu'il s'agit d'adhérences, ou inversement, ou même alors qu'il n'y a rien de chirurgical, il n'en résultera pas grand dommage pour lui. Nous dirons

même qu'il peut en résulter des avantages. Ne voyons-nous pas M. E. Lambotte intervenir chez « un homme de 40 ans qui présentait au complet et depuis deux ans tous les symptômes de l'ulcère rond. Les douleurs étaient particulièrement vives et fréquentes, elles revenaient par accès prolongés. Depuis plusieurs mois le malade ne pouvait plus se livrer au travail. Des gastorrhagies s'étaient montrées à diverses reprises. L'estomac fut incisé, retourné comme un bonnet, exploré au moyen du doigt jusqu'à la troisième portion du duodénum d'une part, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage d'autre part. Il n'y avait pas d'ulcère, la muqueuse semblait parfaitement saine dans toute son étendue. Le malade guérit non seulement de l'opération, mais fut débarrassé de ses douleurs. » De quelque façon qu'ait agi l'ouverture de l'estomac dans ce cas, peut-être comme elle agit dans le cas de contracture sphinctérienne douloureuse, nous n'en savons rien, le fait prouve que même là où l'opération ne fait rien d'utile à priori, elle peut cependant être suivie de résultat.

Les erreurs sont trop nombreuses, depuis qu'on va voir ce qui existe, trop de cliniciens, et des plus distingués, ont dû, à la table d'opération, constater que la réalité des faits ne correspondait nullement à l'idée qu'ils en avaient, pour qu'aujourd'hui on soit en droit de poser des indications opératoires d'après un diagnostic. On doit faire un traitement de symptômes et non une thérapeutique de maladie.

D'autre part les lésions se combinent dans trop de circonstances pour aboutir à la production des mêmes symptômes, pour que, cliniquement, il soit très nécessaire d'affirmer telle ou telle lésion, alors que pièces en main ce ne serait pas toujours facile. Nous savons par exemple que si l'ulcère par lui-même donne lieu à des troubles très accusés, une partie de ces troubles peuvent résulter de la contracture du pylore qui, dans la majorité des cas accompagne l'évolution de l'ulcère ; de même, les adhérences peuvent avoir la même influence qu'un rétrécisse-

ment cicatriciel ; elles l'accompagnent souvent et l'on ne sait si les douleurs viennent de ces brides, ou de la sténose elle-même.

Disons enfin que la nature de l'intervention est à peu près la même, quelle que soit la lésion, et que la distinction n'est plus que satisfaction de clinicien.

S'il y a donc doute sur la variété des lésions, il ne peut y avoir doute sur la nécessité de l'intervention quand les phénomènes donnent à penser à une affection stomacale *rebelle* au traitement médical ; et en ce cas, il vaut mieux, je crois, être trop osé, que trop prudent, et il y a plus de danger à laisser un malade se cachectiser, qu'à intervenir, même à tort, chez un malade bien portant au point de vue général. Aussi la formule suivante me semble-t-elle parfaitement exacte :

« A défaut d'un diagnostic certain, la marche de la maladie doit seule déterminer l'opportunité de l'intervention.

Quels que soient les symptômes observés, l'aggravation de l'état général et *l'inefficacité de toute thérapeutique médicale* sont les indications les plus impérieuses ». (Doyen, loc. cit. p. 218).

J'insiste sur ce dernier point : *l'inefficacité de toute thérapeutique médicale*, car avant de soumettre un malade à une intervention qui sans être toujours très grave met sa vie en danger, il faudra avoir épuisé tout ce que la médecine est capable de proposer. Il faut bien aussi admettre que les erreurs de diagnostic puissent être favorables aux malades et que diagnostiquant, par exemple une sténose cicatricielle, il s'agisse d'autre chose curable par les moyens médicaux. Ce n'est donc qu'après les avoir essayés tous, et avoir constaté leur impuissance que l'on proposera l'intervention. Il faudra concilier cette obligation, du reste, avec la nécessité de ne pas laisser le malade trop s'affaiblir. Je crois qu'il n'est pas un médecin, si abstentionniste soit-il, qui ne se rallie à une telle formule.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Hémorrhagies

Les interventions pour hémorrhagies sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes et des renseignements précis au point de vue du manuel opératoire.

Gannett (1) entreprit une opération chez un malade présentant des symptômes d'hémorrhagie interne, après avoir déjà eu des hématémèses ; mais effrayé par les adhérences péri-stomacales, il referma l'abdomen sans aller plus loin. L'autopsie démontra une ulcération de la pancréatico-duodénale.

Mikulicz (2) est intervenu quatre fois pour des hématémèses : la première fois il fit une cautérisation de l'ulcère ; le malade mourut de collapsus, 50 heures après l'opération. La seconde fois il pratiqua une suture de la région qui saignait, le malade succomba par collapsus le soir même. Chez une femme il curetta l'ulcère, perfora la paroi stomacale qu'il sutura ; la malade guérit. Enfin dans le quatrième cas, il sutura l'estomac au niveau de l'hémorrhagie ; la mort eut lieu le soir de l'opération, par collapsus.

Küster (3), chez une jeune fille, intervint pour des hématémèses; il cautérisa l'ulcère et compléta son opération par une gastro-entérostomie, pour obvier au rétrécissement ultérieur du pylore par la cicatrice de l'ulcération qui se trouvait près de l'orifice.

(1) *Gannett*. Obs. 1.
(2) *Mikulicz*. Obs. 3. 4. 5 6.
(3) *Küster*. Obs. 2

La malade guérit et les hématémèses cessèrent ainsi que les troubles digestifs.

Roux (1) lia la coronaire stomachique et fit la résection de l'ulcère avec succès.

Il est difficile de conclure d'après ces quelques faits ; mais on peut cependant en déduire quelques considérations intéressantes. Tout d'abord ces faits semblent démontrer que l'opération en cas d'hémorragie est grave, puisque sur sept cas il n'y a eu que trois guérisons. Or cette gravité ne peut tenir qu'à deux facteurs : à l'importance de l'intervention, ou à l'état du malade chez qui on la pratique. Le premier facteur doit évidemment être écarté, puisque le manuel opératoire employé par Mikulicz n'est pas plus compliqué que celui d'une résection partielle de l'estomac, ou du pylore, opérations qui, entre ses mains, lui ont donné de tout autres résultats quand elles ont été faites pour autre chose que pour hémorrhagie. Etant donné que la même intervention dans les mêmes mains a donné des résultats absolument différents, il faut admettre que c'est l'état dans lequel se trouve le malade que l'on doit incriminer. Si la mortalité est telle, c'est qu'on opère des malades à bout de forces, exsangues, qui ne sont plus capables de supporter le traumatisme opératoire. D'où la nécessité, sur laquelle nous avons déjà insisté, de ne pas trop attendre. Évidemment l'on ne choisit pas les cas ; il est des patients qui, à une première hématémèse, tombent dans une faiblesse extrême ; à la seconde on à la troisième, lorsqu'il est indiqué d'intervenir, ils sont trop faibles pour résister, et cependant l'intervention est leur dernière planche de salut. Mais il ne faut pas s'attendre à des succès bien nombreux. Je crois au contraire que, lorsque le malade présentera encore un état général satisfaisant, parce que les hémorrhagies n'auront pas été très abondantes et que l'on n'aura pas temporisé, les chances de guérison sont aussi grandes que pour toute autre

(1) *Roux*. Obs. 7.

opération sur l'estomac, une gastrostomie pour corps étrangers par exemple. Car, nous le répétons, arrêter l'hémorrhagie n'est rien si le malade est capable de supporter l'opération.

Les procédés employés ont été différents, avec des résultats égaux au point de vue de la cessation de l'écoulement sanguin; car, dans tous les cas de mort, celle-ci a eu lieu par collapsus et non par continuation de l'hémorrhagie: il importe donc peu d'employer tel ou tel moyen. En théorie, pourtant, la ligature nous semble préférable à la cautérisation, qui a cependant donné un beau succès à Küster. La cautérisation risque, si elle est faite un peu profondément, de provoquer une perforation au moment de la chute de l'eschare, d'autant plus que, s'il s'agit d'un vaisseau d'une certaine importance, à ce moment le caillot obturateur peut se détacher avec les tissus mortifiés. D'autre part, une cautérisation bien faite, au thermocautère au rouge-sombre, est capable évidemment de fermer de gros vaisseaux, mais, en face d'un coronaire stomachique, elle ne me paraîtrait pas très sûre. Il me semble donc que la ligature, faite de façon variable, suivant les cas, constituerait le procédé de choix.

Voulant essayer de nous rendre compte de l'effet de la ligature, nous avons provoqué chez le chien quelques hémorrhagies stomacales. De ces expériences faites dans le laboratoire de mon Maître, M. le Professeur Dieulafoy, nous pouvons fournir les conclusions suivantes :

1° Il est facile d'arrêter une hémorrhagie de quelque source qu'elle vienne.

2° Elle peut être arrêtée soit par une ligature posée au niveau de l'ulcération au moyen de l'aiguille de Reverdin, soit par la ligature de la branche artérielle qui irrigue le territoire atteint.

3° Cette interruption de la circulation artérielle dans un territoire n'offre aucun inconvénient au point de vue de la vie de ce territoire.

4° La ligature de l'artère splénique n'amène pas, non plus, de troubles trophiques du côté de la rate.

Insistons un peu sur quelques-unes de ces conclusions : Nous avons dit qu'une ligature de la branche artérielle qu irrigue le territoire atteint arrête facilement l'écoulement sanguin artériel. Ici se place un détail anatomique qui a son importance : Lorsqu'on examine un estomac non ouvert, on voit descendre de l'arc artériel de la petite courbure, arc simple ou double, plusieurs grosses branches. Ces branches suivent, en descendant, une direction perpendiculaire au vaisseau qui leur a donné naissance, et se divisent ensuite en un certain nombre de rameaux, destinés à la vascularisation de toute une portion des faces soit antérieure. soit postérieure. D'abord immédiatement sous-jacentes au péritoine, qu'elles soulèvent et sous lequel on les voit battre, les artères deviennent ensuite de plus en plus profondes à mesure qu'elles deviennent plus petites. Si donc on provoque une hémorrhagie sur un territoire de l'estomac, il est possible de l'arrêter par une ligature placée à l'origine du vaisseau qui irrigue ce territoire ; aussitôt faite, on vait le jet de sang saccadé cesser, et il ne persiste plus qu'un suintement, d'origine capillaire de retour, ou veineuse, que la suture arrête sans peine.

Deux ligatures placées sur l'arc artériel de la petite courbure, de chaque côté de l'artère ulcérée, produit le même effet : et cette ligature n'a rien que de très simple ; une aiguille de Deschamps enfoncée à quelques millimètres au-dessus de la petite courbure, traversant tout le petit épiploon et revenant en avant à 1 centimètre 1/2 au-dessus de son point d'entrée, a saisi l'arc artériel fourni par la coronaire stomachique et la pylorique ; que cet arc soit simple ou double.

Faites chez le chien, de telles ligatures n'ont entraîné aucune lésion des parois, et trois semaines après l'opération, on pouvait constater que la muqueuse stomacale était absolument normale. Pour toutes lésions, il existait au-dessous de la

séreuse un petit piqueté rouge, peut-être les restes d'infarctus produits au moment de l'arrêt de la circulation dans le territoire en question,

Roux l'a du reste pratiquée sur un malade, avec succès.

La ligature de l'artère splénique ne nous a pas donné non plus de troubles trophiques du côté de la rate, et cela se conçoit assez bien, si l'on songe à la facilité du rétablissement de la circulation par les vaisseaux courts, mais surtout par le cercle des gastro-épiploïques si volumineux normalement, et que l'on peut voir acquérir des dimensions telles que n'en possède pas la splénique normalement. Exemple : un malade opéré, en notre présence, par M. Tuffier, sur lequel nous pûmes constater après l'ouverture de l'abdomen, des vaisseaux gastro-épiploïques pas tout à fait du volume du petit doigt.

Si l'on ne peut assimiler la résistance péritonéale de l'homme à celle du chien, on peut, je crois, assimiler leur circulation stomacale ; des injections des artères de l'estomac, chez l'un et l'autre, m'ont paru à l'œil nu absolument semblables, sauf que je n'ai pas vu la coronaire stomachique se dédoubler ; je doute qu'il existe des différences dans le mode de terminaison. On peut prévoir, par conséquent, que les ligatures artérielles n'auront pas d'effets plus sensibles chez l'homme que chez le chien.

Nous croyons donc que, décidé à intervenir pour une hémorrhagie, la conduite à suivre est la suivante :

Après un lavage de l'estomac fait immédiatement avant l'opération avec une solution d'acide salicylique à 2 °/₀, ou d'acide borique, pour vider et nettoyer autant que possible la cavité de l'organe, sans espérer en faire l'antisepsie complète, incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. C'est, de toutes les incisions, celle qui permet d'aborder le plus facilement toutes les parties de l'estomac ; elle peut, du reste, être agrandie soit en haut, soit en bas sans difficulté.

L'estomac, attiré au niveau de la plaie, est ouvert par une incision perpendiculaire à l'incision de la peau, ou plutôt paral-

lèle aux courbures, mais située plus près de la grande que de la petite, de façon à éviter de tomber dans la région des vaisseaux descendants plus volumineux que les vaisseaux ascendants. L'hémorrhagie sera donc moindre, et d'autre part si l'on veut compléter ultérieurement l'opération par une gastro-entérostomie, la bouche stomacale sera mieux placée.

Sur les lèvres de l'incision, qui peuvent saigner, placer des pinces à forcipressure, sans craindre de mortifier la paroi, et, par les mêmes pinces, fixer les lèvres de la paroi stomacale aux lèvres de l'incision cutanée, mais en ayant soin de laisser en haut et en bas de la place pour introduire un doigt. De cette façon, l'ouverture de l'estomac se présentera sous forme d'un losange.

Après avoir garni les deux extrémités, laissées ouvertes, de l'incision cutanée, de façon à éviter l'introduction de matières dans le péritoine, on peut débarrasser l'estomac des caillots ou du liquide qu'il contient. On peut alors faire un examen complet de ses parois, soit en les attirant par l'orifice créé, soit en les repoussant par les espaces laissés libres en bas et en haut avec un doigt introduit derrière l'estomac, par une déchirure faite au petit ou au grand épiploon. Ce mode de faire permet de retourner en quelque sorte l'estomac avec le moins de danger possible pour le péritoine. Ce n'est qu'au cas d'adhérences de la paroi postérieure de l'estomac que ce mode d'exploration serait impossible, et il faudrait essayer de voir par l'ouverture.

Une fois le siège de la lésion reconnu, on agira suivant les circonstances; si c'est un saignement en nappe, une suture de la muqueuse par des fils traversant aussi la musculeuse, un rapprochement des bords de l'ulcère suffira généralement à arrêter l'écoulement.

Au cas d'artère plus volumineuse, si une ligature placée autour d'elle au moyen de l'aiguille de Reverdin n'amène pas ce résultat, il faudra aller lier près de son origine l'artère du

territoire, et nous savons que cette artère descend perpendiculairement à la petite courbure; elle sera donc facile à trouver. Si l'ulcération siège sur la paroi postérieure, comme la ligature de l'artère elle-même est difficile, il vaut mieux comprendre entre deux fils la portion de la coronaire stomachique d'où naît l'artère; une compression de l'artère fera voir quelle est cette portion. Une suture de la muqueuse, jointe à cette ligature, aura raison de n'importe quelle hémorrhagie.

Si c'était la coronaire stomachique qui fût en cause, il faudrait la lier de chaque côté de l'ulcération. De même tout autre tronc artériel de l'estomac.

Restent les cas où l'estomac, adhérent à la paroi postérieure, ne se laissant pas attirer, il n'est pas possible de placer une ligature avec l'aiguille de Reverdin.

Ici encore, la ligature double de la coronaire au niveau de l'artère fournissant ce territoire, qui a son utilité, mais si un suintement persistait qu'on ne pourrait arrêter par des sutures, il faudrait sans nul doute recourir à la cautérisation telle que l'a employée Küster. C'est dans ces circonstances que je la réserverai.

J'ai décrit ces différentes manœuvres après les avoir essayées sur le cadavre ; je ne doute pas que sur le vivant les choses ne soient bien changées et qu'on éprouve beaucoup plus de difficultés. Je ne nie pas que toutes ces considérations soient théoriques, schématiques, mais au moment d'une intervention qui ne permet pas de longs moments de réflexion, de discussion, mieux vaut encore des données théoriques que rien du tout.

L'hémorrhagie une fois arrêtée, si le malade a un état général satisfaisant, et surtout si le siège de l'ulcère non loin du pylore peut faire craindre le rétrécissement ultérieur du pylore, il ne faut pas hésiter, il faut suivre la conduite de Küster et pratiquer la gastro-entérostomie. On n'aura qu'à rétrécir l'ouverture stomacale pour la suturer à l'ouverture intestinale.

Adhérences

A priori, le traitement des adhérences péritonéales doit consister dans leur destruction. Il ne peut être question ici, de pointes de feu, de vésicatoires, de régime, et autres moyens analogues, comme cela a été conseillé par certains auteurs : *Jänicke* (1), entre autres, pour les adhérences de l'intestin. Je ne sais si une pareille thérapeutique a jamais supprimé la cause du délit, tout au plus, a-t-elle pu faire disparaître les troubles fonctionnels. En tout cas, contre les fausses membranes que l'on rencontre autour de l'estomac au cours des opérations faites, il est certain qu'une semblable médication aurait été illusoire.

Que ce soit donc à la suite d'une laparotomie exploratrice, ou d'une erreur de diagnostic, ou même en connaissance de cause qu'on ait à traiter des adhérences, c'est à la libération qu'il faudra recourir.

Pour conclure à un mode d'intervention, il est bon de juger des résultats obtenus. J'ai réuni onze cas d'intervention pour adhérences. Sur ces onze cas, il n'en est pas qui se soit terminé par la mort ; ce qui prouve déjà la bénignité tout au moins relative de l'opération.

Sept fois on s'est contenté de sectionner les fausses-membranes, les brides, de détruire les adhérences (*Loreta* (2), *Mayo-Robson* (3), *Terrier* (4) (deux cas), *Walther* (5), *Jaboulay* (6), *Noorden* (7)). Trois fois on compléta cette destruction par la résection de la partie adhérente de la paroi stomacale (*Bill-*

(1) *Jänicke*. Semaine médicale 1894. P. 174. (Congrès de Rome).
(2) *Loreta*. Obs. 8.
(3) *Moyo-Robson*. Obs. 15.
(4) *Terrier*. Obs. 16, 17.
(5) *Walther*. Obs. 18.
(6) *Jaboulay*. Obs. 11.
(7) *Von-Noorden*. Obs. 14.

roth (1), *Krogius* (2), *Klaussner* (3).) Une fois, M. *Doyen* (4) fit en même temps la gastro-entérostomie.

Quant aux résultats fonctionnels de ces interventions, ils ont été excellents sauf dans deux cas. Ceux de Loreta et de Jaboulay. La malade opérée par Loreta, après avoir eu une période de bien-être, après l'opération, fut reprise, quelque temps après, de nouveaux troubles. Le malade de Jaboulay fut en partie amélioré, mais il n'y eut pas disparition totale des troubles qui avaient poussé à l'opération.

Tous les autres opérés furent soulagés complètement ; une femme, opérée par M. Terrier, ne retira cependant de bénéfice qu'au bout de six mois. Aucun résultat n'a été suivi pendant extrêmement longtemps. Les observations publiées signalent la guérison persistante au bout de six mois, huit mois, un an. On peut certainement dire que peut-être, ultérieurement les malades recommenceront à souffrir, qu il y aura récidive. Mais enfin, il est bien probable que si les adhérences détruites avaient dû donner lieu à de nouveaux troubles en se reproduisant, elles l'auraient fait avant six mois, un an.

C'est en effet par la reproduction des fausses membranes, la nouvelle soudure de l'estomac avec la paroi, qu'il faut ce me semble expliquer la persistance ou la récidive après les opérations de Jaboulay et de Loreta. Peut-être également, dans le cas de Jaboulay, faut-il faire jouer un certain rôle à un certain degré de sténose pylorique constatée au moment de l'opération. En tous cas, ces faits prouvent que la destruction seule des adhérences ne suffit pas toujours à guérir les malades, et d'autre part il faut craindre leur reproduction. Comment donc parer à ces accidents ?

(1) *Billroth*. Obs. 10.
(2) *Krogius*. Obs. 13.
(3) *Klaussner*. Obs. 12.
(4) *Doyen*. Obs. 9.

Nul doute que s'il y a simultanément sténose et adhérences, comme dans le cas de Jaboulay, ou adhérences et estomac biloculaire comme chez une malade d'Hofmeister, dont j'ai placé l'observation avec celles des estomacs en bissac, il ne faille faire ce qu'il convient en face de la lésion surajoutée, et ne pas se contenter de sectionner des fausses membranes ; cela va de soi, nous n'insistons pas.

Mais en présence d'adhérences, sans autre lésion appréciable, ne faut-il que détruire ces adhérences ? Nous ne le croyons pas. On comprend avec quelle facilité deux surfaces saignantes, ou tout au moins dépolies, comme le sont les surfaces péritonéale, pariétale, et stomacale, une fois séparées, pourront s'accoler de nouveau, on ne comprend même pas comment cela n'a pas lieu dans tous les cas. Si donc la section de brides longues, minces, pourra suffire, le décollement d'adhérences larges risque de ne donner qu'une satisfaction temporaire. Il faut donc, croyons-nous, faire plus.

Mayo Robson prétend qu'il n'est pas difficile de prévenir la reproduction des adhérences, surtout quand celles-ci sont formées entre des organes qui, dans les conditions normales, sont éloignées l'un de l'autre. Même on réussit à empêcher la reproduction d'adhérences entre le pylore et le foie si l'on a soin d'arrêter toute hémorrhagie postopératoire, d'écarter un peu ces deux organes l'un de l'autre, enfin de bien nettoyer et de bien sécher leur surface.

Kelterborn ayant constaté par des expériences sur les lapins et les chiens qu'après l'application de pointes de feu sur le foie, l'estomac et l'intestin, la cicatrice était lisse, qu'il n'y avait pas d'adhérences, en conclut que l'emploi du thermocautère dans la libération des adhérences est le meilleur moyen pour éviter leur reproduction.

M. Bouquet de Jolinière (1), auquel nous empruntons les

(1) *Bouquet de Jolinière*. Th. Lyon, 1896.

renseignements précédents, préconise la *péritonisation* des surfaces cruentées, analogue à la péritonisation des pédicules intra-abdominaux et conseille après libération des adhérences de recouvrir de péritoine les surfaces en question, en rapprochant les bords de la surface et en adossant séreuse contre séreuse.

Nous voyons d'autre part Klaussner, dans des réflexions accompagnant son observation, conseiller la résection de la partie adhérente de l'estomac.

Tous ces moyens, sauf celui de Mayo Robson, peuvent rendre des services, et il me semble qu'ils devront être employés chacun suivant les circonstances.

Il est certain que s'il s'agit de brides ou d'adhérences de petite étendue, leur rupture, suivie du rapprochement des bords des surfaces ulcérées, de façon à mettre en contact le péritoine et à ne pas laisser une partie non recouverte de séreuse, suffira. Cet adossement par plicature des couches sous-jacentes aura l'avantage de renforcer la paroi à ce niveau, ce qui, dans quelques cas, peut avoir une grande importance, étant donné que l'épaisseur en est souvent diminuée, et qu'il est arrivé, au moment où on libérait les adhérences, de perforer l'estomac.

Si l'on se trouve en face d'adhérences larges, donnant lieu après leur libération à une vaste surface ulcérée, trop considérable pour qu'on puisse la recouvrir de péritoine, la résection me semble le procédé de choix; d'autant plus qu'ainsi on enlèvera l'ulcère cause des adhérences, qu'on pourra explorer l'estomac et qu'enfin on supprimera un lien de moindre résistance de la paroi, qui aurait pu se déchirer ultérieurement.

Mais, dans quelques cas, il ne faudra pas songer à une résection; si étendues sont les connexions, c'est l'estomac tout entier qu'il faudrait enlever. S'il est possible de détruire les adhérences, la cautérisation au thermo-cautère me semble alors indiquée, cautérisation très légère, très superficielle, de peur d'intéresser trop profondément la paroi. Cette cautérisation aura

d'autre part l'avantage considérable d'arrêter l'hémorrhagie, souvent considérable, qui résulte de la déchirure des fausses membranes, et qui a forcé quelquefois l'opérateur à s'arrêter.

Je ne sais, du reste, si, en présence d'adhérences aussi étendues, il ne serait pas préférable de n'en détruire qu'une partie, pour ne pas risquer de perforer l'estomac au moment où l'on s'y attend le moins et de risquer une infection, et s'il ne vaudrait pas mieux, après avoir mis à nu une certaine portion de la face antérieure de l'estomac, pratiquer d'emblée la gastro-entérostomie.

Au reste, c'est certainement à elle qu'il faudrait s'adresser en désespoir de cause en face d'adhérences qu'on juge trop étendues ou trop solides pour être libérées entièrement et sans danger. M. Doyen y a eu recours une fois; il s'est contenté de dégager, du reste avec beaucoup de difficulté, une petite partie de l'estomac, juste suffisante pour pouvoir pratiquer la gastro-entérostomie. La guérison a été complète.

On comprend, en effet, que du moment que l'estomac n'a plus à remplir comme par le passé un rôle aussi important, que les aliments passant beaucoup plus facilement et plus vite dans l'intestin, ne s'accumulent plus dans sa cavité, il soit moins exposé à être tiraillé, et par conséquent à provoquer les troubles douloureux que les adhérences occasionnent. D'autre part, dans ces troubles une part très grande revient à la gêne qu'éprouvent les aliments à passer de l'estomac dans l'intestin, soit du fait du rétrécissement du pylore résultant des brides, soit du fait de la gêne des mouvements péristaltiques : or les aliments passant d'eux-mêmes à travers un orifice ouvert et situé au point le plus déclive, tous les troubles dus à leur rétention cessent par là même.

Malgré les résultats opératoires obtenus jusqu'ici (mortalité nulle), il ne faudrait pas croire que l'intervention soit toujours facile. Si dans les cas de Mayo-Robson, de M. Jaboulay, nous voyons les adhérences constituées par des brides par

trop volumineuses, être assez facilement détruites, nous voyons chez la malade de Klaussner, l'opération être beaucoup plus délicate par suite de la soudure de l'estomac à la paroi et au diaphragme et ce siège faire craindre l'ouverture de la plaie. Loreta dut s'arrêter tant l'estomac et le foie étaient intimement unis, et à cause de l'hémorrhagie ; de même M. Walther.

Sans compter qu'il arrivera plus d'une fois de perforer l'estomac comme cela est arrivé à Billroth, à Klaussner, à Krogius, à Hofmeister. Et l'on comprend les dangers d'une telle ouverture au moment où souvent rien n'est prêt pour y remédier.

En résumé, après lavage d'estomac le plus complet que possible, incision de la paroi abdominale, sur la ligne médiane ;

Adhérences minces, libération, puis rapprochement des bords de la surface des adhérences, avec quelques points de suture ;

Adhérences plus larges, résection ;

Adhérences très étendues mais assez facilement décolables : cautérisation au thermo-cautère ;

Adhérences très étendues, difficile à décoller : gastro-entérostomie.

Nous ne devons pas oublier de signaler, en terminant, un procédé peu connu de traitement, non plus chirurgical, des adhérences de l'estomac, employé avec un plein succès par Schwarz (1) dans un cas. Il s'agissait d'une femme opérée par Schwarz pour un estomac en bissac, compliqué d'adhérences. L'opérateur dans une première intervention se contenta de traiter la déformation de l'estomac ; mais devant la reproduction des douleurs, il fit une nouvelle laparotomie et sectionna des adhérences excessivement étendues. Cette fois il y eut un soulagement pendant quelque temps, mais les douleurs se reproduisirent de nouveau, attribuées à juste titre à la reformation d'adhérences entre les surfaces

(1) *Schwarz*. Obs. 81.

cruentées trop étendues pour se cicatriser. Schwarz employa alors l'insufflation de l'estomac, et après avoir remarqué que cette insufflation arrêtait net une crise douloureuse, il la fit de parti pris tous les jours. Au bout de quelques semaines les douleurs avaient totalement disparu. Ce sera donc un procédé à employer. Bien que le mécanisme de son action ne soit pas très facile à comprendre, peut-être déchirure graduelle des adhérences, le fait est là, il vaut la peine d'être étudié de nouveau, et pourrait peut-être avoir son utilité pour empêcher la reproduction des adhérences à la suite d'une intervention contre elles.

Estomac biloculaire

L'intervention pour estomac biloculaire, quand elle est exigée par la gravité des accidents, car une biloculation peu accentuée, en quelque sorte l'exagération de l'état normal, est parfaitement compatible avec un état de santé satisfaisant, doit avoir pour but soit de rétablir non pas le calibre normal de l'estomac, mais un calibre suffisant au passage facile des aliments d'une extrémité à l'autre, soit d'établir un autre passage entre l'estomac, partie cardiaque, et l'intestin.

Les diverses opérations pratiquées jusqu'ici dans l'affection en question sont les suivantes : 1° *Gastroplastie*, terme employé par M. Doyen pour désigner l'incision du rétrécissement et la suture des lèvres de l'incision perpendiculaire à la ligne d'incision ; en somme, la pyloroplastie d'Heinecke-Mikulicz adaptée au rétrécissement de l'estomac. La gastroplastie a été faite pour la première fois par *Krukenberg* (1) le 3 novembre 1892. — 2° *Gastro-anastomose* pratiquée pour la première fois par *Wölfler* (2) le 27 mai 1894. La gastro-anastomose consiste, comme son nom l'indique, à anastomoser l'estomac avec

(1) *Krukenberg*. Obs. 80.

(2) *Wolfler*. Obs. 83.

lui-même, c'est-à-dire à réunir l'une à l'autre les poches cardiaque et pylorique.

La gastroplastie a été pratiquée cinq fois (*Krukenberg*, *Doyen* (1), *Hofmeister* (2), *Jaboulay* (3), *Langenbuck*) (4) avec cinq succès opératoires et fonctionnels. La gastro-anastomose a été faite également dans cinq cas (*Wölfler*, *von Eiselberg* (5), *Watson* (6), *Lauenstein* (7), *Schwarz* (8) avec quatre succès opératoires et fonctionnels, et une mort par péritonite due à la déchirure des parois par les sutures.

En somme, gastro-anastamose, gastroplastie sont deux opérations absolument comparables, au point de vue de leurs résultats, car le cas de mort par déchirure des parois n'entache pas la gastro-anastomose ; c'est un accident qui peut arriver aussi bien dans la gastroplastie, et qui indique seulement qu'il faut éviter autant que possible de faire des sutures sur les portions indurées, ou infiltrées de l'estomac.

Ce n'est donc pas la plus ou moins grande gravité de l'une ou l'autre opération qui doit décider du choix entre les deux. Mais bien plutôt les facilités que l'on peut avoir suivant le cas.

Deux autres interventions pourraient être pratiquées : la résection de la cicatrice sténosante et la gastro-entérostomie. La première est je crois beaucoup trop considérable comme opération, pour qu'elle doive être tentée. Il faut donc l'éliminer. Mais la gastro-entérostomie peut avoir aussi des indications dans certaines circonstances.

Lorsqu'il s'agira d'une sténose médio-stomachique excessi-

(1) *Doyen*. Obs. 73.
(2) *Hofmeister*. Obs. 75.
(3) *Jaboulay*. Obs. 76.
(4) *Langenbück*. Obs. 77.
(5) *Von Eiselberg*. Obs. 74.
(6) *Watson*. Obs. 82.
(7) *Lauenstein*. Obs. 78.
(8) *Schwarz*. Obs. 81.

vement serrée due à une cicatrice étendue de l'estomac, l'obligation où l'on serait de faire une incision trop considérable, la difficulté que l'on aurait à pratiquer la gastroplastie sur des tissus cicatriciels risquant de se déchirer, et le fait qu'après l'opération une grande portion de la paroi de l'organe serait constituée par du tissu de cicatrice souvent peu solide, surtout si comme cela est arrivé à Doyen, à Schwarz, il faut en même temps détacher la paroi stomacale adhérente, doivent faire préférer la gastro-anastomose. Doyen, dans un cas semblable, a pratiqué la pyloroplastie, mais pour obvier aux inconvénients que je signalais plus haut, il a dû invaginer préalablement toute la portion cicatricielle. Le dessin de l'opération qu'il fit accompagne l'observation qu'il en a publiée. Dans d'autres circonstances la gastro-anastomose se recommandera par sa facilité d'exécution, c'est ainsi que dans le cas de Schwarz les deux poches s'accolaient tout naturellement (Voir la figure qui accompagne l'observation).

A part ces circonstances, ce sera au chirurgien à se décider suivant son goût et ses idées pour l'une ou l'autre intervention.

Quant à la gastro-entérostomie, elle me paraît indiquée dans deux cas : 1° Lorsque la poche cardiaque très volumineuse comprend la plus grande portion de l'estomac, et qu'en négligeant la poche pylorique on n'élimine qu'une faible partie de l'organe ; que d'autre part, il serait, vu les petites dimensions de cette dernière, aussi difficile de pratiquer la gastro-anastomose, que la gastroplastie. 2° Lorsqu'il existe, outre un rétrécissement de l'estomac, un rétrécissement du pylore concomitant, et de cela, il sera important de s'assurer, au moment de l'intervention, par une palpation soigneuse de l'orifice pylorique, et même par l'introduction du doigt dans cet orifice en y invaginant la paroi stomacale, de même qu'on introduit le doigt dans le canal inguinal en y refoulant la peau. Cette manœuvre a permis à M. Jaboulay de constater une fois une légère sténose du pylore, dans un fait où il n'y avait du

reste pas d'estomac en bissac. Inutile de dire, je crois, qu'au cas où il existerait des adhérences, celles-ci doivent être supprimées, et qu'on ne doit pas, comme Schwarz, les laisser subsister, risquant ainsi d'être obligé comme lui d'ouvrir de nouveau le ventre pour les libérer.

Telles sont ce me semble les trois opérations que l'on peut être amené à pratiquer pour remédier à la déformation qui nous occupe, et les quelques indications qui doivent faire choisir l'une ou l'autre.

Quant à leur manuel opératoire, nous y insisterons peu. Il n'est pas besoin d'entrer dans de bien longs détails sur la gastroplastie qui se comprend d'elle-même. Incision du rétrécissement parallèle à l'axe de ce rétrécissement, puis suture de l'incision perpendiculaire à sa direction. Telle est la formule de l'opération. Mais il est bon de s'arrêter sur les dimensions que l'on doit donner à l'incision pour rendre à l'estomac un calibre suffisant, dimensions que je ne trouve précisées nulle part.

Pour que l'estomac puisse fonctionner de nouveau à peu près normalement, il faut bien admettre qu'il ait au niveau de sa portion rétrécie un diamètre d'au moins 6 centimètres ; au-dessous, il y aurait encore rétrécissement. Or, un diamètre de 6 centimètres suppose une circonférence de 18 centimètres à peu près, qui, aplatie d'avant en arrière, donnerait une largeur de 9 centimètres. C'est donc cette largeur de 9 centimètres qu'il faut rendre à l'estomac au niveau de son point rétréci. Pour arriver à ce résultat, la formule suivante me semble être la meilleure et la plus simple, et permettra de savoir immédiatement quelle longueur donner à l'incision :

Etant donné un rétrécissement qui a 5 cent. de large, on devra donner à l'incision une longueur double, c'est-à-dire de 10 cent.

Pour un rétrécissement de 4 cent., une valeur équivalente au double de cette dimension, plus une fois cette dimension, c'est-à-dire 12 cent.

Pour 3 cent. de large, une longueur double, plus trois fois 3 cent., c'est-à-dire 15 cent.

Pour 2 cent., une longueur double, plus six fois 2 cent., c'est-à-dire 16 cent.

En somme, la longueur de l'incision doit être égale au double de la largeur du rétrécissement, auquel on ajoutera 0 fois la largeur pour un rétrécissement de 5 cent., 1 fois la largeur pour celui de 4 cent., 3 fois pour celui de 3 cent., 6 fois pour celui de 2 cent.

R. 5 cent.	=	Incision	=	$2 \times 5 + 0$	= 10
4 cent.	=	»	=	$2 \times 4 + 1 \times 4$	= 12
3 cent.	=	»	=	$2 \times 3 + 3 \times 3$	= 15
2 cent.	=	»	=	$2 \times 2 + 6 \times 2$	= 16

Un raisonnement très simple conduit à la vérification de cette formule : supposons un rétrécissement de 5 cent. de large; les parois antérieure et postérieure étant accolées, incisons en avant le rétrécissement, ses parois pourront se dérouler et constitueront alors une paroi postérieure de 10 cent. de haut. Il restera donc à trouver 10 autres centimètres pour former la paroi antérieure du nouveau canal. Ces 10 centimètres seront fournis par le rapprochement des extrémités d'une incision de 10 cent., dont la longueur, au lieu d'être parallèle à l'axe du rétrécissement, lui deviendra perpendiculaire. Voilà donc constitué un nouveau canal de 10 cent. de large, les parois étant accolées; ces 10 cent. donnent une circonférence de 20 cent., soit un peu plus de 6 cent. de diamètre.

Un semblable raisonnement pourrait être fait pour les formules suivantes et l'on pourrait constater que les chiffres que je donne sont ceux qui conviennent pour chaque dimension du rétrécissement. Ainsi un rétrécissement de 2 cent., déroulé, formera une paroi de 4 cent.; il manque donc 16 cent. pour compléter une telle paroi, puisqu'il faut que la circonférence

ait 20 cent. ou à peu près. Or, ces 16 cent. sont donnés par une incision qui aura le double de la largeur du rétrécissement, soit 4 cent., plus 6 fois cette même largeur, soit 12. En tout 16 cent.



Fig. 2.

Lorsqu'il s'agira de rétrécissements ayant une largeur supérieure à 5 cent., il vaudra mieux faire les choses grandement et une incision de 10 cent. sera toujours indiquée, étant donné que plus le nouveau canal aura de largeur, mieux cela vaudra.

Mais on voit d'après les chiffres fournis plus haut ce qu'il faudra faire pour des rétrécissements très serrés; de telles incisions lorsque l'estomac ne sera pas très dilaté pourraient bien être un peu trop considérables, car ce que l'on rend à l'estomac en largeur, on lui ôte en longueur, et 16 cent. de moins constitueraient une perte dont il s'accommoderait difficilement dans certains cas. Nous en revenons donc à dire, qu'à moins d'estomac très dilaté, auquel cas il n'y aurait nul inconvénient à diminuer ses dimensions, lorsqu'on aura affaire à une sténose très serrée, la pyloroplastie devra céder la place à la gastro-anastomose.

La gastro-anastomose se fera en ouvrant l'une et l'autre poche et en suturant les deux orifices. Wölfler qui, le premier, l'a pratiquée, décrit ainsi son opération : « D'abord dans chaque sac stomacal la séreuse et la musculeuse furent sectionnées perpendiculairement au grand axe de l'estomac sur une longueur de 17

centimètres, et les bords postérieurs des deux incisions ramenés l'un contre l'autre, furent réunis largement. Ensuite la muqueuse est incisée des deux côtés, les deux bords rapprochés et réunis. » Telle est l'opération dans toute sa simplicité. Pour abréger la durée du temps pendant lequel les poches stomacales restent ouvertes, peut-être pourrait-on employer le procédé ingénieux de sutures, proposé par M. Terrier et décrit tout au long dans la thèse de M. Trognon. Il consiste à placer les fils antérieurs avant d'ouvrir les parois ; ces fils doivent être longs, placés sur les deux parois à accoler, ils sont maintenus par leur milieu et par leurs deux extrémités au moyen d'une pince qui les tient écartés du point d'incision. Lorsque l'ouverture est faite, on n'a plus qu'à serrer ces fils. Du reste une figure fera mieux comprendre que la description la plus longue.

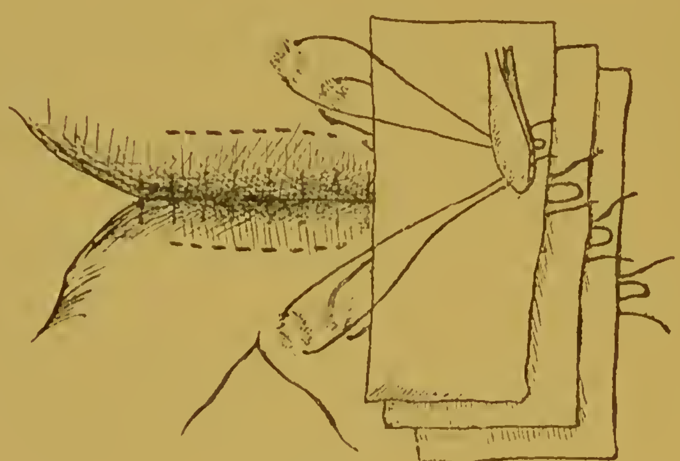


Fig. 3.

Adaptant ce mode de faire à la gastro-anastomose, on pourrait procéder ainsi :

1° Sutures séro-séreuses postérieures, en surjet.

2° Incision des deux parois, mais seulement jusqu'à la muqueuse. Décollement de la musculeuse de façon à mettre à nu une surface notable de la muqueuse.

3° Sutures muco-muqueuses postérieures.

4° Sutures muco-muqueuses antérieures par des fils placés à la manière de M. Terrier, mais sur les muqueuses et non sur les séreuses.

5° Ouverture des muqueuses, entre les deux rangées de fils antérieurs et postérieurs.

6° Ligature des fils d'attente muqueux antérieurs.

7° Suture séro-séreuse antérieure en surjet.

De cette façon les poches resteraient ouvertes un minimum de temps. Cela n'a pas une importance considérable, le contenu de l'estomac étant dans les parties profondes, et n'ayant pas de tendance à venir faire issue, à moins de mouvements d'un malade mal endormi, mais cette manière de faire donne toujours une certaine sécurité pendant la pose des sutures que l'on peut faire sans se presser.

Insistons en terminant sur la nécessité de poser autant que possible les sutures sur des tissus non épaissis, non infiltrés. Cela évitera des accidents semblables à celui survenu chez la malade opérée par Von Eiselberg : la déchirure des parois par les sutures et une péritonite consécutive. Quand il sera impossible de faire autrement qae de traverser des tissus cicatriciels, il sera bon de ne pas ménager les fils et de renforcer au besoin une première ligne de suture par une seconde.

Sténose du pylore

La majorité des interventions dans les suites d'ulcères a été faite pour sténose pylorique ; c'est en effet, dans ce cas, que, a priori, la nécessité d'opérer se montre la plus urgente. Nous en avons réuni et cité tout au long cinquante-cinq observations, il nous aurait été facile d'en rassembler davantage : mais nous n'avons pas cru utile de le faire, étant donné qu'aujourd'hui personne ne songe à contester l'utilité de l'intervention, et que son mode de traitement est également peu discuté. Aussi n'avons-nous pas l'intention d'entrer dans de très longs détails

sur les divers procédés opératoires : ils sont décrits tout au long dans les divers traités de thérapeutique chirurgicale, dans le livre de M. Doyen. Nous nous proposons simplement d'établir ce qui nous semble le meilleur, et la façon de le pratiquer.

Sur les 55 observations de sténose pylorique suite d'ulcère, que j'ai rassemblées un peu partout, il a été pratiqué 19 pylorectomies, 21 gastro-entérostomies, 13 pyloroplasties, 2 dilatations digitales, 2 pylorectomies complétées par une gastro-entérostomie. Si cette énumération donne un total de 54 opérations, c'est que deux fois, chez un malade de M. Doyen, et chez un malade de Bond, après avoir fait une pyloroplastie chez la première, une dilatation chez le second, on dut, à cause de la reproduction des accidents, recourir à une seconde intervention qui, dans les deux cas, fut une gastro-entérostomie.

La dilatation digitale selon la méthode de Loreta faite deux fois (1), a donné deux guérisons opératoires. Mais dans un cas, Bond dut refaire quelque temps après une gastro-entérostomie qui amena la guérison définitive, et, dans l'autre, la mort survint onze mois après, suite de troubles intestinaux. Je ne sais si ces troubles doivent être mis sur le compte d'une nouvelle sténose. En tous cas cela n'étonnera personne, qu'un rétrécissement fibreux du pylore ne soit pas guéri par une dilatation, alors que la même lésion du rectum, de l'urèthre, de l'œsophage demande des cathétérismes répétés et prolongés. Le nombre des cas où il y a eu reproduction de la sténose est difficile à apprécier, mais il doit être relativement assez considérable ; Loreta (2) a vu sur trois cas opérés par lui les accidents se reproduire et nécessiter une nouvelle intervention comme dans le cas de Bond cité plus haut.

D'autre part la divulsion digitale est loin d'être inoffensive comme on pourrait le supposer, et les cas de mort sont nombreux,

(1) *Bond.* Obs. 19-20.

(2) Cité par Jesset : Surgiral diseases of the stomach and intestines. — Londres 1892, p. 77.

soit par hémorrhagie résultant de la déchirure d'une artère des parois, soit par péritonite due à une fissure des parois inextensibles, produite au moment de la dilatation, à l'insu du chirurgien. La statistique donnée par Barton (1) indique une mortalité de 40 % (10 morts sur 25 cas). Une statistique de Mintz (2) donne une proportion de 39 % (9 morts sur 23 cas).

La divulsion digitale est donc une opération dangereuse, dont les dangers ne sont pas compensés par une efficacité certaine; elle me paraît donc devoir être absolument abandonnée. Si elle devait subsister, ce serait plutôt dans le cas de sténose par contracture, en cas d'ulcère en voie d'évolution par exemple. Alors peut-être, pourrait-elle donner de bons résultats, agissant à la manière de la dilatation de l'anus dans la fissure. Mais ce n'est qu'une hypothèse, ce mode d'intervention n'ayant jamais eté pratiqué, à ma connaissance, dans le cas en question.

Nous serons bref, sur *la gastro-entérostomie associée à la pylorectomie* pratiquée dans deux cas, avec un mort et une guérison (3). C'est compliquer les choses inutilement et rassembler sur le même malade les dangers résultant de chacune des opérations. On pourra dire il est vrai, que dans nombre de faits il est impossible soit cliniquement, soit même au moment de l'intervention de distinguer une sténose de nature maligne, d'une sténose cicatricielle formant tumeur; qu'il est utile, en pareilles circonstances, d'agir comme s'il était question d'un néoplasme et d'en faire la résection. Ce serait vrai, si aujourd'hui il n'était à peu près universellement reconnu qu'avec des chances opératoires beaucoup plus grandes, la pylorectomie dans le cas de cancer du pylore ne donne pas des résultats beaucoup plus prolongés que la gastro-entérostomie, et c'est à elle que la majorité des chirurgiens ont recours pour les tumeurs malignes.

(1) *Barton*. Medical News. — Mai 1889.

(2) *Mintz*. Zeitschrift für klin. Medicine. T. 25.

(3) *Doyen*. Obs. 33. 34.

Il nous reste donc à examiner trois opérations beaucoup plus employées, et qui doivent nous arrêter davantage : la pylorectomie, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie.

La *pylorectomie*, résection totale ou partielle du pylore rétréci, a été pratiquée un nombre de fois déjà considérable, dans le cas de sténose cicatricielle, consécutive à un ulcère, ou de tout autre nature, car du moment que les sténoses ne sont pas de nature maligne, au point de vue opératoire elles peuvent être toutes confondues. Dreydorff (1) rapporte 27 cas de pylorectomie pour sténose pylorique. Parmi les 52 observations de sténose suite d'ulcère que j'ai rassemblées, je trouve 19 pylorectomies (2).

Evidemment, au premier abord, c'est l'opération idéale ; elle supprime le rétrécissement d'une manière définitive et laisse intacte la fonction stomacale. Mais lorsque l'on étudie les résultats d'une telle opération, on est obligé de constater que cette suppression ne va pas sans des dangers très grands pour les malades.

Ces dix-neuf opérations donnent, en effet, 11 morts et 8 guérisons ; soit une proportion de mortalité de 57,9 %. Je ne doute pas, comme le fait remarquer Dreydorff, que cette proportion se modifie avec chaque opérateur, et que les cas de mort diminuent avec l'habileté du chirurgien, et surtout de l'habitude qu'il a de l'opération. Mais un mode d'intervention qui nécessite une telle habitude pour présenter moins de danger, n'est acceptable qu'au cas où il n'est pas possible de proposer autre chose pour une affection mortelle. C'est une opération destinée à rester toujours à la portée de quelques chirurgiens seulement, l'ayant pratiquée un grand nombre de fois, avec

(1) *Dreydorff.* Beiträge zur klinischen Chirurgie 1894, p. 333.

(2) *Rydigier.* Obs. 70-71-72. *Van Kleef.* Obs. 55.
Billroth. Obs. 42, 44, 45, 46, 47. *De Salzer.* Obs. 43.
Lauenstein. Obs. 59, 60, 61, 62. *Czerny.* Obs. 25, 26, 27, 28
Willy Meyer. Obs. 41.

quels résultats! Et même ne voyons-nous pas Billroth, auquel on ne peut reprocher de manquer d'habitude de l'opération, avoir quatre morts sur cinq interventions? (1) Je veux bien que ce soit une série malheureuse, mais elle n'en prouve pas moins que, même entre les mains d'un opérateur habile, rompu au manuel opératoire de la pylorectomie, celle-ci reste une intervention grave.

La mort arrive dans la pylorectomie, soit par collapsus, l'opération étant faite chez des individus souvent déjà très affaiblis et auxquels l'opération, très longue, donne le dernier coup; soit par péritonite due au passage des matières de l'estomac à travers les sutures. Il s'agit, en effet, d'une ligne de suture souvent très étendue, puisqu'en outre de la suture qui réunit le duodénum à l'estomac, l'ouverture de celui-ci doit, dans beaucoup de cas, être diminuée, cette ouverture étant absolument hors de proportion avec l'orifice duodénal. Ce ne serait encore rien si l'on n'était forcé, à moins alors de faire des résections d'une étendue considérable, de placer les sutures sur des tissus cicatriciels, friables, ou tout au moins infiltrés.

Si encore le résultat définitif était toujours satisfaisant, mais, sur les huit guérisons dont je rapporte les observations, je trouve un fait de Van Kleef où la guérison a été incomplète et où il a persisté des troubles digestifs; peut-être y avait-il une autre lésion de l'estomac, mais peut-être aussi y a-t-il eu resserrement du nouvel orifice, comme dans un cas de Czerny (rapporté également), où la mort a eu lieu huit mois après, et où l'autopsie a permis de constater une rétraction cicatricielle du duodénum. S'il n'y avait rien de mieux à proposer aux malades, on pourrait essayer de perfectionner la technique, de raccourcir le temps de l'opération ; mais il y a mieux et l'on doit laisser de côté la pylorectomie pour sténose cicatricielle du pylore.

(1) *Eiselsberg*. Archiv. für Klinische Chirürgie 1889, T. XXIX.

Nous avons, en effet, à notre disposition deux opérations moins graves : la *pyloroplastie* et la *gastro-entérostomie*. La première, dite encore opération d'Heinecke-Mikuliez, consiste à sectionner le rétrécissement du pylore parallèlement à l'axe du conduit, puis à suturer les lèvres de l'incision de façon à rendre celle-ci perpendiculaire à l'axe du conduit, de parallèle qu'elle était. De cette façon, le pylore se trouve élargi d'une quantité proportionnelle à la longueur de l'incision. Par la gastro-entérostomie, on ne détruit pas le rétrécissement, mais on obvie à ses inconvénients en fournissant aux aliments une autre voie de pénétration dans l'intestin.

La *pyloroplastie* a été pratiquée treize fois sur les cinquante-deux observations que j'ai réunies (1). Il y a eu trois morts opératoires, soit une mortalité de 25 %. Une statistique de Kochler (2), portant sur 15 cas donne, une mortalité de 26,6 %, proportion à peu près la même que la nôtre. D'autre part, en joignant nos cas aux cas différents que Mintz (3) rapporte dans sa statistique, nous arrivons à un total de 41 pyloroplasties ; sur ce nombre il y a eu 8 morts, soit une mortalité de 19,5 %.

Au point de vue de la gravité opératoire, nous sommes donc loin de la pylorectomie. On comprend que cette opération ne présente pas une gravité extrême, car l'opération est simple, facile, et peut être rapidement menée à bien, ce qui constitue une des plus grandes chances de succès. Aussi ne voit-on survenir la mort qu'une fois par collapsus, et les autres fois par péritonite consécutive à la section des tissus par les fils. C'est, en effet, un des points faibles de l'opération, que la nécessité de placer des points de suture dans des tissus malades, cicatriciels, qui

(1) *Heinecke*. Obs. 53. — *Lauenstein*. Obs. 63, 64. — *Lange*. Obs. 38, 39, 40.— *Doyen*. Obs. 29, 30.— *Dreydorff*. Obs. 1, 2, 3. – *Curtis*. Obs. 24. — *Bond*. 19 bis.

(2) *Kochler*. Société de médecine interne de Berlin. Juin 1890.

(3) *Mintz*. Loc. citato.

se laissent couper facilement ; d'où le passage des matières et la péritonite qui s'en suit.

Mais la pyloroplastie a un autre inconvénient, c'est la possibilité de la reproduction de la sténose. Généralement c'est dans les premières semaines qu'a lieu cette reproduction ; au-delà de six mois, on peut considérer le rétrécissement comme définitivement guéri. Il est probable que, dans le cas où il y a récidive, le processus de cicatrisation et de rétraction n'est pas complètement terminé, et qu'il a terminé son œuvre après l'opération. Si la sténose doit donc se reproduire, ce sera immédiatement, à moins qu'elle ne survienne après l'évolution d'un nouvel ulcère. Quoiqu'il en soit, quatre fois sur les 41 opérations, la sténose a reparu et dans trois cas, a déterminé les chirurgiens à intervenir de nouveau. M. Doyen, dans un cas, a pratiqué la gastro-entérostomie, et cette fois la malade a été définitivement guérie. Il y a eu reproduction chez un malade de Dreydorff, mais on ne dit pas qu'il ait subi une nouvelle intervention. M. Gross (1), d'autre part, a été amené à faire une gastro-entérostomie chez une malade opérée antérieurement par M. Rohmer qui avait fait une pyloroplastie. Enfin, chez le malade opéré par Bond, la sténose s'étant reproduite, l'auteur est intervenu de nouveau, et après avoir fixé l'estomac à la paroi abdominale, il introduisit dans le pylore une sonde qui ressortait par la bouche stomacale. Le résultat n'a pas tardé à venir couronner une thérapeutique si ingénieuse, le malade succombait quelque temps après de cachexie.

Ces faits doivent entrer en ligne de compte pour l'appréciation du procédé, et, joints au cas de mort, on arrive à conclure que, 12 fois sur 41, la pyloroplastie donne des résultats déplorables, soit parce qu'elle cause la mort, soit parce qu'elle nécessite ultérieurement une autre opération. Donc, dans

(1) *Gross.* Obs. 51.

29.5 % des cas, la pyloroplastie est une mauvaise opération.

Un autre fait mérite encore l'attention : nous avons dit que, dans un certain nombre de cas, il est impossible, même avec le pylore entre les mains, de se prononcer sur la nature de la sténose et de dire si elle est de nature bénigne ou de nature maligne. Dans ces cas, la pyloroplastie est évidemment à rejeter; que ferait, en effet, cette opération au cas de cancer du pylore? Elle n'élargirait l'orifice que pour donner plus de liberté au néoplasme de s'étendre. La gastro-entérostomie, au contraire, que nous allons étudier à présent, ne touche pas à la sténose; si c'est un cancer, il continuera à s'accroître, mais 1° sans inconvénient pour le nouvel orifice; 2° peut-être moins rapidement qu'auparavant, parce qu'il ne sera plus constamment irrité par le passage des matières.

Voyons maintenant ce que donne la *gastro-entérostomie*. *A priori*, supprimant dans une certaine mesure les fonctions de l'estomac, elle doit être inférieure aux autres méthodes; nous verrons que cette suppression n'est qu'apparente et qu'en tous cas elle n'a pas le moindre inconvénient au point de vue de la nutrition de l'individu.

Sur les 53 cas de sténose que j'ai rassemblés, nous trouvons 21 gastro-entérostomies, dont 2 après des opérations de pyloroplastie et de dilatation, il n'y a eu que 3 morts, soit une mortalité de 19-1 %. Mais il faut croire que j'ai eu la main plutôt heureuse dans le choix de mes observations, car, dans la statistique de Mintz (2), je trouve une mortalité plus considérable, et si je rassemble les cas que j'ai cités avec ceux qu'il cite et que je n'ai pas, j'arrive à un total de 69 gastro-entérostomies avec 14 morts, soit une proportion de

(1) *Mikulicz*. Obs. 68. — *Lauenstein*. Obs. 65. — *Billroth*. Obs. 48. — *Doyen*. Obs. 29, 32, 33. — *Monod*. Obs. 54. — *Guinard*. Obs. 52. — *Gross*. Obs. 51. — *Ricard*. Obs. 69. — *Lauenstein*. Obs. 65-66 67. — *Bond*. Obs. 21, 19 *bis*. — *Küster*. Obs. 56. — *Chaput*. Obs. 22-23. — *A. Lambotte*. Obs. 57-18.

(2) *Mintz*. Loc. cit.

23.3 °/₀, inférieure par conséquent à la proportion de cas inutiles ou dangereux de pyloroplasties.

Nous ne trouvons pas dans les observations de gastro-entérostomies de cas où il y ait eu reproduction d'accidents de sténose, nous n'avons donc pas à en charger notre statistique.

Nous n'avons pas trouvé, non plus, dans nos observations, de cas où il y ait eu soudure de l'anse anastomosée et obstruction, — il y en a des observations, je le sais ; mais c'est un accident dont la fréquence est toute relative puisqu'il ne s'est pas produit sur 59 interventions. En employant certains détails opératoires, je crois qu'on peut à coup sûr l'éviter ; et si malgré tout il se produisait il faudrait imiter la conduite de M. Tuffier, qui, tout récemment, observant des vomissements chez un malade opéré de gastro-entérostomie, est allé au deuxième jour, ouvrir sa suture. Il y avait coudure de l'anse, qui fut alors fixée plus largement ; et le malade guérit à merveille.

Si nous analysons maintenant les cas de mort, il en est quelques-uns dont on peut, je crois, décharger notre statistique.

Un malade, opéré par Billroth, est mort de péritonite consécutive à une suppuration des parois abdominales ; les sutures ont complètement cédé, et la cavité péritonéale a été ouverte. Le même fait s'est produit dans un cas de Novaro, cité par Mintz. On nous accordera bien que dans ces deux faits la mort ne doit pas être mise sur le compte de l'opération ; on aurait fait une laparotomie simple, le résultat eût été le même.

Voici donc, ce me semble, deux cas qui peuvent être défalqués de la statistique et l'améliorent encore.

Du reste tous les jours le manuel opératoire se perfectionne.

De plus, c'est une opération qui ne présente pas de difficultés opératoires spéciales, qui peut être exécutée par tout chirurgien propre et dont la longueur peut même être réduite à une vingtaine de minutes, en employant le procédé proposé par M. Souligoux.

Il nous reste à considérer quels sont les résultats fonctionnels donnés par l'opération. Dans tous les cas où elle a été faite, les malades ont été soulagés immédiatement et je n'ai pas trouvé un cas de récidive. On pourra objecter que les malades n'ont pas été suivis pendant très longtemps. C'est vrai ; nous trouvons bien quelques observations où l'on signale un état de parfaite santé deux ans après l'opération. Mais c'est l'exception, la règle est une vérification au bout de six ou huit mois. Je considère cela comme suffisant, parce que si l'orifice gastro-intestinal avait dû se rétrécir, il l'aurait fait avant six mois ; et que d'autre part des malades perdus de vue depuis plus dix ans, époque des premières gastro-entérostomies, sont des malades qu'on peut dire guéris ; ne voyons-nous pas revenir vers le chirurgien qui les a soulagés momentanément une première fois, les opérés de pyloroplastie ; si ceux qui ont subi la gastro-entérostomie avaient souffert de nouveau, il est plus que probable qu'ayant supporté une première opération, ayant été soulagés pendant un certain temps de souffrances qui duraient depuis de longues années, malgré tous les traitements, ils seraient revenus trouver leur chirurgien.

Nous étudierons plus loin les résultats de la gastro-entérostomie au point de vue de la fonction stomacale. Disons tout de suite, qu'au point de vue de l'état général du malade, ils sont excellents, et que, n'importe ce que devienne la digestion gastrique, il y a suppression des douleurs, augmentation rapide du poids, restitution des forces.

De cette étude comparative des diverses opérations, nous pouvons conclure que deux opérations seulement sont à conserver à cause de leur gravité moindre, la pyloroplastie, et la gastro-entérostomie. Il semble que les statistiques doivent faire préférer la pyloroplastie ; il n'en est rien, l'opération est moins sûre dans ses résultats, elle ne semble pas devoir être perfectionnée dans son manuel opératoire, par conséquent sa mortalité ne baissera pas beaucoup. Au contraire, si la gastro-entérostomie

est une opération un peu plus sérieuse, bien peu ; elle offre une efficacité certaine ; et sa mortalité est appelée à diminuer dans des proportions considérables, de par les progrès qu'on a fait subir à son manuel opératoire dans ces dernières années. Pour toutes ces raisons, c'est à la gastro-entérostomie que nous donnons nettement la préférence.

Cure radicale de l'ulcère

Les premières opérations dans le cas d'ulcère non compliqué furent faites il y a maintenant quatre ans, par M. Doyen. Depuis, la cure radicale de l'ulcère a été faite de parti pris en Belgique par M. E. Lambotte dans trois circonstances. Tout récemment, M. Tuffier en pratiquait une dans son service.

Mais à côté de ces cas, où de parti pris le chirurgien est intervenu au cours d'un ulcère ne présentant aucune complication, nous avons réuni un certain nombre de faits, où l'intervention pratiquée, soit pour des troubles fonctionnels intenses, sans qu'il y ait eu de diagnostic de posé, soit pour des accidents rapportés à la sténose, a montré qu'il s'agissait, en somme, de phénomènes dus à l'évolution d'un ulcère. Nous pouvons donc considérer ces faits comme se rapportant à la cure radicale de l'affection, bien qu'on l'ait faite sans le vouloir.

Nous trouvons alors onze observations de ce genre ; Czerny, cité par Maurer (1), fit la résection d'un ulcère dont un des bords venait former soupape devant le pylore, la guérison fut absolue, et il y eut ultérieurement disparition de la dilatation. Cordua (2), M. E. Lambotte (3), firent également trois résections. M. Doyen (4) pratiqua quatre fois la gastro-

(1) *Maurer*. Obs. 92.
(2) *Cordua*. Obs. 84.
(3) *E. Lambotte*. Obs. 89-90.
(4) *Doyen*. Obs. 85, 86, 87, 88.

entérostomie ; M. Tuffier (1) une fois ; Schuchardt (2) fit une résection. Enfin, M. E. Lambotte (3) est intervenu une fois dans un cas où le diagnostic était ulcère d'estomac ; toutes les explorations de l'organe ne purent faire découvrir de lésion, et l'opérateur dut refermer le ventre sans avoir rien fait. Malgré cela, le malade guérit de tous ses troubles. Comme le fait remarquer très justement M. Lambotte, cette intervention ayant été pratiquée dans le but de faire la cure radicale d'un ulcère, doit compter dans une statistique destinée à apprécier la gravité de l'intervention. Elle montre en effet que même là où il y a eu erreur de diagnostic, il n'en est rien résulté de fâcheux pour le malade : au contraire.

Sur les onze observations, il n'y a qu'un seul cas de mort, et cette mort est due à une perforation de l'estomac produite au centre d'un ulcère adhérent au foie. Cette perforation s'était produite, selon toute probabilité, le matin même de l'opération, mais elle fut masquée par les adhérences (Cas de M. Tuffier. Obs. 94).

Sur les dix cas où l'on fit quelque chose, puisque M. E. Lambotte referma une fois l'estomac sans avoir rien fait, il a été pratiqué cinq résections d'ulcère et cinq gastro-entérostomies. Sauf dans le cas de M. Tuffier, tous les résultats furent excellents. Résection et gastro-entérostomie semblent donc se valoir ; nous préférons cependant la gastro-entérostomie, au moins dans un certain nombre de faits ; nous allons dire pourquoi.

1° *La gastro-entérostomie est applicable à tous les cas, avec les mêmes chances de succès. Il n'en est pas de même de la résection de l'ulcère.* Evidemment, rien de plus simple pour un ulcère de la face antérieure, de petite dimension, d'exciser la portion de la paroi atteinte, il s'agit en somme d'une gastrotomie, analogue, comme le dit M. Lambotte, à celle qu'on

(1) *Tuffier*. Obs. 94.
(2) *Schuchardt*. Obs. 93.
(3) *E. Lambotte*. Obs. 91.

pratique pour un corps étranger de l'estomac, et par conséquent sans plus de gravité. Mais les ulcères de la face antérieure sont, il faut bien le dire, les moins fréquents, et déjà quand ils siègent sur la petite courbure la résection en est moins facile, surtout si, comme cela arrive si fréquemment, des adhérences réunissent la petite courbure au foie, à plus forte raison, lorsqu'il s'agira d'ulcère de la face postérieure, et d'ulcère adhérent au pancréas. Qu'il s'agisse d'un ulcère du pylore ; mais l'opération n'est plus qu'une pylorectomie, et nous avons vu quels résultats cette opération donnait. M. E. Lambotte a eu affaire une fois à un ulcère de la face postérieure, adhérent, et il s'en est tiré avec succès, mais il est probable qu'il ne sera pas toujours aussi heureux, et il n'est pas possible de comparer une gastrotomie à de telles résections.

La gastro-entérostomie, au contraire, qu'il s'agisse de n'importe quel ulcère, ne présente pas beaucoup plus de difficultés et de dangers ; elle sera applicable à tous les cas sans distinction, et aura en outre quelquefois l'avantage de pouvoir être faite toujours en tissu sain, tandis qu'au cas d'ulcère très étendu avec infiltration périphérique de la muqueuse, il sera nécessaire quelquefois de placer les fils sur des tissus peu résistants, à moins d'enlever des portions trop considérables de parois.

Je ne doute donc pas que la résection de l'ulcère soit toujours possible, comme le dit M. Lambotte ; mais elle n'est pas toujours praticable dans les mêmes conditions, avec les mêmes chances de succès. Tandis que la gastro-entérostomie restera, quel que soit le cas, toujours comparable à elle-même.

2° *La gastro-entérostomie est au moins aussi efficace que la résection.* — La résection supprime l'ulcère, c'est vrai, elle supprime la cause des douleurs, des troubles digestifs, l'origine des perforations de la sténose, etc., c'est encore vrai, mais elle ne met pas à l'abri d'une récidive : elle ne supprime

pas la possibilité d'une nouvelle contracture du pylore, qui joue, nous y avons insisté, un rôle si important dans l'histoire de l'ulcère. Ne voyons-nous pas Schuchardt faire la résection d'un ulcère, et son malade mourir à quelque temps de là de cachexie due à l'évolution d'un autre ulcère. Que celui-ci ait existé déjà au moment de l'opération, c'est possible ; mais il se peut aussi qu'il se soit développé ultérieurement. Ne voyons-nous pas à chaque instant des malades guérir de leur ulcère, puis un an, deux ans, ou plus, après cette guérison, présenter de nouveau les mêmes troubles ? Rien n'empêche qu'il en soit de même après une résection,

La gastro-entérostomie, elle, ne supprime pas la cause du mal, et cependant son action est aussi efficace. Ce qu'elle supprime, c'est la fonction stomacale. Ne peut-on admettre qu'elle agisse à la façon du repos au lit dans le mal perforant, dans les ulcères de jambe ? Malgré tous les traitements, il est de ces ulcères variqueux qui ne tenderont pas à la guérison, tant que le malade marchera ; mais les met-on au repos, l'amélioration se fait immédiatement sentir. De même les ulcères de l'estomac ; évidemment on diminue le travail de l'estomac en instituant le régime lacté, mais l'organe se contracte, tiraille les bords de l'ulcère, l'empêche ainsi de guérir ; d'autant plus que ces tiraillements douloureux déterminent de la contracture du pylore, et que l'estomac ne fait qu'accentuer ses contractions pour vaincre la résistance de l'orifice. C'est, comme nous le disions, un échange de mauvais procédés, entre l'estomac, l'ulcère et le pylore. La gastro-entérostomie, évidemment, ne supprime pas complètement les mouvements de l'organe, mais elle remédie déjà à la contracture du pylore, par conséquent, aux contractions exagérées de l'estomac, et, d'autre part, elle diminue le temps de séjour des aliments dans sa cavité.

Mais ce n'est pas tout. On tend à admettre aujourd'hui que l'ulcère de l'estomac se trouve sous la dépendance de l'hypersthénie gastrique, de l'hyperchlorhydrie, ou tout au

moins que cette hyperchlorhydrie joue le plus grand rôle dans l'extension et dans la persistance de l'ulcère. Par la gastro-entérostomie, on supprime dans une certaine mesure les effets de l'action du suc gastrique sur l'ulcère; car, constamment sécrété en excès, le suc gastrique peut s'écouler par la bouche intestino-stomacale et, par conséquent, agir avec moins d'intensité sur l'ulcération, tandis qu'auparavant le pylore fermé le maintenait constamment au contact de l'ulcère. Et cette influence se fera sentir non seulement immédiatement après l'opération, mais toujours; et il est plus que probable que non seulement la gastro-entérostomie est capable de guérir un ulcère, cela est prouvé, mais aussi de prévenir sa reproduction, en éloignant les causes de récidive.

Du reste, de quelque façon qu'elle agisse, les faits sont là pour démontrer que la gastro entérostomie amène la guérison des ulcères, témoin les quatre Observations de M. Doyen. Nous dirons ici ce que nous disions pour la sténose : il n'y a pas de cas vérifié après dix ans, mais les malades qui souffraient depuis de longues années ont été soulagés complètement par l'opération, comme ils ne l'avaient jamais été par aucun autre traitement, et ils ont été perdus de vue. S'ils avaient recommencé à souffrir, ils seraient revenus à qui les avait guéris une première fois. Or, les Observations de M. Doyen datent déjà de 1893. Cela fera bientôt quatre ans.

Et qu'appelons-nous guérison pour ces malades? Ce n'est pas un état de santé relative dans lequel il faut exercer des précautions, un régime, etc. Les malades, tout d'abord, voient disparaître leurs douleurs presqu'immédiatement, puis ils peuvent reprendre l'alimentation commune, en même temps que leur poids et leurs forces augmentent et qu'ils se trouvent capables de reprendre leur métier. Que faut-il de plus?

Donc pour nous résumer, la gastro-entérostomie est peut-être un peu plus grave que les résections d'ulcères de la face antérieure se présentant dans des conditions simples : elle devient bien

moins grave que la résection aussitôt que l'ulcère ne se présente plus dans ces conditions; son efficacité est aussi grande immédiatement, et ultérieurement elle est peut être capable de prévenir la reproduction de l'ulcère. Elle me semble donc pour toutes ces raisons devoir être préférée, au moins dans les cas qui ne paraissent pas absolument simples. Dans ceux-ci la chose est discutable, nous ne pouvons la juger avec le peu de renseignements que nous possédons jusqu'ici.

Résumé du mode d'intervention.

De tout ce qui précède, il se dégage que la gastro-entérostomie constitue le traitement par excellence de l'ulcère de l'estomac. Dans l'ulcère en voie d'évolution elle est à préférer à la résection plus grave et, théoriquement, moins efficace. Dans la sténose pylorique c'est à elle qu'on doit avoir recours, étant bien supérieure, pour la bénignité, à la pylorectomie, pour l'efficacité à la divulsion digitale et à la pyloroplastie. D'autre part elle trouve son indication au cas d'adhérences trop étendues qui empêchent la libération, dans les cas d'hémorrhagies, après les avoir arrêtées ou lorsqu'il sera impossible d'en découvrir exactement la source. Dans les estomacs biloculaires, enfin, elle sera indiquée quand la poche cardiaque sera d'un volume extrême ou qu'il existera en même temps une sténose du pylore.

Il ne rentre pas dans notre sujet d'exposer le manuel opératoire de la gastro entérostomie. Du reste, chaque opérateur a son procédé, et trouve dans sa manière de faire des avantages qui le font hésiter à la modifier. Nous ne pouvons donc que renvoyer aux livres spéciaux qui traitent de la question; à ceux de M. Doyen (1), de M. Chaput (2), au mémoire de

(1) *Doyen*. Loc. cit.
(2) *Chaput*. Technique des opérations sur l'estomac.

M. Roux (1), à la publication de M. Souligoux (2), on n'aura que l'embarras du choix entre les divers modes de faire.

Résultats de la gastro-entérostomie au point de vue des fonctions de l'estomac.

A priori la gastro-entérostomie supprime la fonction stomacale, il est donc intéressant de savoir ce que celle-ci devient.

Bien que les observations ne soient pas encore très nombreuses, nous allons essayer de tirer quelques conclusions de celles qui existent, sur l'état des fonctions gastriques après l'opération de la gastro-entérostomie. Quelques faits sont encore douteux et demandent qu'on étudie avec plus de soin désormais les modifications qu'apporte à l'estomac cette opération, tant au point de vue chimique qu'au point de vue mécanique.

Dunin (3) a publié plusieurs cas dans lesquels il avait examiné les fonctions de l'estomac après la gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore. La dilatation était en général très accentuée, et dans quelques cas l'estomac descendait à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'examen de la sécrétion gastrique dénotait de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion. Après l'opération, l'examen de l'estomac donnait les résultats suivants : estomac revenu à ses dimensions normales ; fonctions motrices considérablement améliorées mais ne devenant normales que plusieurs semaines après l'opération. Une heure, une heure et demie, après le déjeuner d'épreuve l'estomac contenait encore 150 à 250 cent. cubes d'aliments ; chez un malade on pouvait retirer de l'estomac à jeun, pendant la première semaine, 150 à 250 cent. cubes de liquide, et 30 à 50 cent. cubes seulement au bout de quelques mois. Dans un deuxième cas, avant l'opération, l'estomac à jeun contenait 300

(1) *Roux*. Archives de gynécologie 1897.
(2) *Souligoux*. Presse médicale 1896. P. 349.
(3) *Dunin*. Berliner klinische Wochenschrift, 1894.

cent. c. de suc gastrique ; après l'opération 50 cent. c. Chez un troisième malade avant l'opération on pouvait en retirer 250 cent. c. et 50 cent. c. après l'opération. D'autre part il y avait diminution de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique. Jamais on ne put déceler une grande quantité de bile dans l'estomac.

Mintz (1) a examiné un malade opéré de gastro-entérostomie par Oderfeld. Le rétablissement des fonctions motrices de l'estomac fut obtenu complètement. La limite inférieure de l'organe était situé avant l'opération à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on pouvait retirer de l'estomac à jeun 700 cent. c. d'un contenu formé de restes alimentaires. Deux mois après la gastro-entérostomie on ne pouvait plus retirer que quelques gouttes de liquide acide, et deux heures après le déjeuner d'épreuve l'estomac était complètement vide. Neuf mois après l'opération, la limite inférieure de l'estomac se trouvait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Chez un autre malade opéré également par Oderfeld, Mintz, avant l'opération, constata que l'estomac descendait à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après un lavage d'estomac pratiqué la veille au soir, on put retirer le lendemain matin de l'estomac à jeun un litre de liquide. Il est vrai que le malade, malgré la défense qui lui avait été faite, avait bu de l'eau quelques heures avant l'épreuve. Après un second lavage, on donna un repas d'épreuve ; une heure après on pouvait retirer de l'estomac 300 c. c. L'extraction du liquide de l'estomac à jeun fut refaite le lendemain, et cette fois, le malade n'ayant rien bu, on ne put retirer que 15 c. c. 10 jours après l'opération, on pouvait retirer de l'estomac à jeun 15 cent. c. de suc gastrique ; une heure après un repas d'épreuve, on pouvait aspirer 250 c. c. de contenu. Onze semaines après l'opération, les troubles gastriques avaient

(1) *Mintz*. Wiener klinische Wochenschrift, 1895.

disparu ; la grande courbure ne descendait plus qu'à l'ombilic, et de l'estomac à jeun on ne pouvait retirer que quelques centimètres cubes d'un liquide trouble filant, de réaction neutre. Une heure après le repas d'épreuve on pouvait aspirer encore 250 cent. c. de contenu.

Rosenheim (1) put examiner un homme de 34 ans qui se plaignait depuis 14 ans de pesanteur dans la région de l'estomac et de renvois : deux ans auparavant, il avait eu une hématémèse. L'estomac descendait à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Clapotage à l'épigastre, quoique le malade n'eut rien mangé depuis 16 heures. Par la sonde on retire 2 litres de liquide trouble, contenant des restes alimentaires. Après un lavage pratiqué le soir, on pouvait retirer le lendemain matin, de l'estomac à jeun, 600 cent. c. d'un liquide trouble très acide. Quelques semaines après l'opération, l'estomac à jeun était vide et une heure trois quarts après le repas d'épreuve l'organe ne contenait plus de débris alimentaires. Une épreuve faite 4 mois après, prouve que les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac sont complètement normales.

M. Hayem (2) rapporte les observations de deux malades ; mais comme l'une se rapporte à une sténose cancéreuse, nous la laisserons de côté pour ne juger que des cas tout à fait comparables. La seconde observation a trait à un malade qui, à la suite d'absorption de chlorure de zinc, présenta, après une phase aiguë, des symptômes de sténose pylorique. L'examen de la fonction gastrique avant l'opération donna les résultats suivants : à jeun on pouvait retirer une certaine quantité de liquide; après le repas d'épreuve, deux heures et demie, l'estomac n'était pas encore vide. D'autre part l'étude du contenu à différentes périodes montrait une digestion faible, et suivant une marche irrégulière.

(1) *Rosenheim*. Deutsche med. Wochenschrift, 1894.
(2) *Hayem*. Société médicale des hôpitaux, 8 novembre 1895.

Quatre mois et demi après l'opération, une heure et demie après le repas d'épreuve, l'estomac n'était pas encore vide. La digestion était faible.

M. Mathieu (1), chez une opérée de M. Chaput, constata que l'estomac, après l'opération, conservait une certaine difficulté à se vider. Quant au liquide sécrété, il était à peu près égal comme quantité à la moyenne physiologique.

Chez un malade opéré par *M. Tuffier* (2), avant l'opération on pouvait retirer 125 c. c. de l'estomac à jeun. L'estomac descendait à 1 cent. 1/2 au-dessous de l'ombilic. — L'examen pratiqué quatre mois après l'opération, permit de constater que sa dilatation était peu améliorée; à jeun on pouvait retirer encore une quantité assez abondante de liquide muqueux, bilieux, sans résidus alimentaires; une heure et demie après un repas d'épreuve l'estomac n'était pas encore vide, et la digestion pas très avancée. En somme, amélioration très faible des fonctions gastriques, bien que le malade se trouvât soulagé et que son poids ait notablement augmenté.

Mahaut (Th. Lyon 95-96) a fait une étude « de l'état des fonctions gastriques après la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse. » Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Tantôt la rétention est complètement supprimée et alors on ne trouve plus d'acide lactique dans les liquides gastriques, tantôt elle n'est que diminuée et il y a de l'acide lactique.

2° La stagnation est en rapport avec l'état de la contractilité stomacale. Si l'estomac est atone, il reste dilaté comme avant l'intervention, et il y a de la stagnation parce que la bouche artificielle est à un niveau supérieur de celui du fond de l'estomac.

3° Il n'y a pas de véritable incontinence gastrique, car il y a souvent une fermeture fonctionnelle de la bouche arti-

(1) *Mathieu*. Société médicale des hôpitaux, 15 novembre 1895.

(2) *Tuffier et Marchais*. Revue de Chirurgie, 1897, p. 105.

ficielle, au contraire l'évacuation est toujours plus lente qu'à l'état normal.

4° On peut observer un reflux des liquides biliaires et pancréatiques dans l'estomac. Ce reflux paraît n'amener aucun trouble quand il n'est pas trop abondant.

5° La sécrétion chlorhydro-peptique n'est pas améliorée. Bien que ces conclusions s'appliquent aux gastro-entérostomies faites pour sténose cancéreuse et où la présence de néoplasme dans l'estomac est capable de modifier les résultats obtenus par l'opération pour sténoses cicatricielles, quelques-unes me semblent vraies également pour celles-là. La dernière proposition me paraît seule devoir être modifiée.

Des faits que nous avons exposés au début, il ressort un premier enseignement, c'est que la gastro-entérostomie n'empêche pas le séjour des aliments dans l'estomac, puisque après les repas d'épreuves on retrouvait encore des aliments une heure et demie après l'ingestion des aliments.

Il serait difficile du reste de dire si les aliments séjournent dans l'estomac un certain temps, à cause de la contractilité du nouvel orifice, ou comme cela est aussi probable, à cause de la position de cet orifice en un point plus élevé que le fond de l'estomac. Quoi qu'il en soit, du fait du séjour des aliments dans l'organe, il en résulte que la digestion stomacale est encore possible.

Dans la plupart des observations on note une amélioration notable dans la motricité de l'estomac, sinon une guérison totale comme en rapporte Mintz, Rosenheim. Dans le seul cas de M. Tuffier la dilatation de l'estomac n'avait pas subi de modification. Dans tous les autres, il est constaté que la limite inférieure a remonté jusqu'à se trouver à sa position normale. De plus, on voit l'estomac reprendre peu à peu sa contractilité et les repas d'épreuve ne plus séjourner qu'un temps à peu près normal dans la cavité gastrique. Il est cependant quelques observations où l'on signale la continuation

du séjour prolongé des aliments, et l'on est en droit de se demander alors si le nouvel orifice n'est pas trop étroit, où ne se trouve pas oblitéré par une coudure de l'intestin.

Reste à examiner les modifications de la sécrétion gastrique. Tandis qu'à jeun avant l'opération, il était possible de retirer une quantité souvent considérable de liquide acide, après l'opération, cette quantité diminue le plus souvent et finit même quelquefois à se réduire à rien. On peut se demander si cette diminution du liquide en présence dans l'estomac, tient à une diminution dans la sécrétion, ou au passage direct dans l'intestin par un orifice désormais libre. Peut-être cette dernière influence agit-elle ; mais il est bien plus probable que dans le cas actuel, c'est surtout à la diminution du liquide sécrété que tient la petite quantité du liquide contenu. Ce serait donc une preuve que non-seulement la gastro-entérostomie agit sur la motilité de l'estomac, mais aussi sur sa sécrétion.

Cette action sur la sécrétion paraît se faire sentir non-seulement au point de vue de l'abondance, mais aussi au point de vue de la composition. Les observations sont trop peu nombreuses qui donnent des détails sur le chimisme stomacal ; cependant, Mintz dit que tandis que le liquide sécrété avant l'opération était très acide, après l'opération en dehors des repas il était neutre. M. Mathieu, il est vrai, dans un cas de cancer, a vu l'acide chlorhydrique diminuer presque de moitié après la gastro-entérostomie. M. Hayem n'a vu aucune modification de la puissance digestive du suc gastrique chez un opéré, mais il l'attribue à la destruction des glandes par la gastrique suite d'ingestion de chlorure de zinc. Rosenheim a vu au contraire, quatre mois après l'opération, la digestion stomacale absolument normale. Sans qu'on puisse conclure, par conséquent, d'une façon ferme, il est à croire qu'au moins dans un certain nombre de faits il y a retour du chimisme normal, comme il y a retour de la motilité.

Toutes ces considérations sont, du reste, un peu théoriques, et au point de vue du malade, l'important est qu'il soit soulagé, qu'il y ait ou non amélioration des fonctions de l'estomac. On comprend fort bien que sans être inutile la digestion stomacale puisse être suppléée par la digestion pancréatique intestinale, et même que ce qui s'accomplissait dans l'estomac de par le fait du suc gastrique puisse s'accomplir dans l'intestin où se trouve ce suc, absolument de même, que la digestion salivaire se fait dans l'estomac et non dans la bouche. Eh bien ! les malades sont soulagés, et même le malade de M. Tuffier où l'examen de l'estomac ne put faire constater aucune amélioration d'aucune nature, ne souffrait plus qu'immédiatement après les repas, de douleurs très peu vives, et avait engraissé de 16 kilos en quatre mois ; preuve que la nutrition ne laissait pas trop à désirer.

Maintenant que nous connaissons ce qui se passe dans certains cas à la suite de la gastro-entérostomie, nous pouvons essayer de nous rendre compte de la façon dont agit cette opération. Dans la sténose, son action est facile à comprendre ; elle fournit une voie d'échappement au contenu stomacal, et l'estomac dont les fibres distendues ressemblent probablement aux fibres de la vessie qui, par la distension, perd la faculté de se contracter, peut recouvrer peu à peu sa puissance, au moins partiellement, et revenir à ses dimensions normales.

Au cas d'ulcère, la gastro-entérostomie semble encore agir par le même mécanisme, et elle paraît alors remédier à la contracture qui accompagne cet ulcère. Cette contracture provoque du côté de l'organe cherchant à évacuer son contenu, des contractions vives, sans cesse renouvelées, qui déchirent l'ulcère à mesure qu'il voudrait se cicatriser, et le rendent d'autant plus douloureux. Une fois qu'un orifice a été ouvert, ces contractions cessent et l'ulcère se trouve au repos au moins à certains moments. Si à cette action mécanique on ajoute la modification dans l'abondance et la composition du suc

gastrique qui devient moins acide, modification que provoque la gastro-entérostomie, on s'expliquera peut-être pourquoi l'ulcère guérit. Quant à savoir pourquoi de créer une ouverture à l'estomac fait diminuer l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion, la chose est plus difficile. Peut-être, la douleur seule, effet des contractions exagérées retentissant sur l'ulcère, suffit-elle à provoquer, par l'intermédiaire d'un réflexe, cette exagération autant dans la sécrétion que dans l'acidité. La chose est possible, mais ce n'est qu'une hypothèse. Le fait est, nous l'avons vu, que les ulcères guérissent, et cela vaut mieux que les plus belles explications.

OBSERVATIONS

Classées d'après le motif de l'intervention, et dans chaque groupe d'après l'ordre alphabétique du nom des auteurs

A. Hémorrhagies

Observation I. — *W. Gannett.* Boston med. journal, p. 38, 10 janvier 1889 (tiré de la Revue des Sciences médicales, t. XXXIV, p. 259.

Ulcère de l'orifice pylorique
Hémorrhagie de l'artère pancréatico-duodénale : Laparotomie. Autopsie

Un homme de 57 ans souffrait depuis un an environ d'ulcère chronique de l'estomac : en juillet 1888, il eut, à trois reprises, des selles sanglantes, très abondantes, accompagnées de douleurs épigastriques violentes et d'affaiblissement considérable. Le 15 septembre, après avoir beaucoup souffert durant les trois jours précédents, il s'évanouit subitement, la peau pâle et froide, le pouls petit et rapide. Une demi-heure après, gastrorrhagie. Le 16, selle sanglante. Les deux jours suivants les vomissements sanglants persistant, on pratique la laparotomie.

On trouva le pylore épaissi, adhérent aux parties voisines, et on se borna à l'incision exploratrice.

Autopsie : ulcère de la paroi postérieure de l'orifice pyloryque, avec double ulcération de l'artère pancréatico-duodénale.

Observation II. — *Küster.* 23e Congrès de la Société allemande de chirurgie tenu à Berlin. Centralblatt für Chirurgie, 1894. Supplément, p. 48.

L'année dernière j'ai eu à intervenir dans un cas d'ulcère compliqué d'hématémèses. Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, affectée depuis longtemps de troubles gastriques. Comme

elle avait un rein flottant les symptômes qu'elle présentait furent attribués à ce dernier. Je pratiquai la néphrorrhaphie à la suite de laquelle survint une amélioration notable. Néanmoins la malade continua à présenter des signes de dilatation de l'estomac. Pendant l'automne 1892 elle eut d'abondantes hématémèses. Ces dernières se reproduisirent au cours de l'été suivant et l'état de la malade s'aggrava considérablement. C'est alors que le 14 août 1893, je me décidai à intervenir. Je fis sur la paroi antérieure de l'estomac une large incision transversale et je trouvai sur la paroi postérieure de l'organe un ulcère au fond duquel était logé un noyau de cerise. L'ulcère qui s'étendait au pylore fut cautérisé au thermo-cautère. L'extirpation de la partie malade était impossible. Pour obvier au rétrécissement du pylore qui ne pouvait que s'aggraver dans la suite par le fait de la cicatrisation, je me décidai à pratiquer la gastro-entérostomie. L'ouverture de l'estomac était beaucoup plus grande qu'on ne la fait habituellement pour l'établissement d'une anastomose. Néanmoins je ne jugeai pas à propos de la diminuer, sachant par expérience combien les orifices d'anastomose ont de tendances à se rétrécir ultérieurement. L'opération fut couronnée d'un plein succès. La malade guérit rapidement et le poids du corps s'éleva en quelques mois de 39 à 47 kilogrammes. Il n'y eut plus ni troubles digestifs, ni hématémèses.

(Une observation beaucoup plus détaillée a été publiée, de ce cas, dans Archiv. für Klin. Chirugie 1894. Bd. XLVIII).

Observation III. — *Mikulicz*. Archiv für Klinische Chirurgie. T. 37. 1888. P. 79.

Anna Schermaüt, âgée de 20 ans, avait avalé dans l'enfance une grande quantité de vinaigre, à la suite de quoi la malade a eu des douleurs très vives dans le bas-ventre pendant quelques années. A 17 ans, elle a une fièvre typhoïde, après laquelle elle alla très bien pendant deux ans. Mais, depuis un an, sont apparues des douleurs auxquelles s'ajoutent des nausées, des renvois, des vomissements et, enfin, des hématémèses.

La malade entre alors dans la clinique médicale de Cracovie. Elle pèse 39 kilos 5. L'estomac est douloureux à la pression; il descend jusqu'à l'ombilic. Elle vomit du sang noir, et les vomissements contiennent de l'acide chlorhydrique libre. Le traitement médical l'améliore un peu, mais bientôt son état s'aggrave : la malade ne peut plus manger; elle vomit du sang après l'ingestion de la plus petite quantité de lait.

Le 13 février 1887, on la fait passer en chirurgie. La malade est dans un état d'inanition complète; le pouls bat 140; la température est légèrement élevée.

Diagnostic. — Ulcère de l'estomac avec hémorrhagies. La dilatation de l'estomac fait penser que l'ulcère siège au niveau du pylore. L'indication d'intervenir fut tirée des hémorrhagies.

Opération le 13 février 1887. Rien d'anormal à la paroi antérieure de l'estomac. On l'incise près du pylore. Il s'écoule un litre de liquide brunâtre contenant des caillots sanguins. On constate que la muqueuse stomacale est épaissie, mais rien d'autre. Le pylore ne peut pas être franchi par le doigt. On prolonge alors l'incision exploratrice jusqu'au duodénum. On voit alors que le pylore est transformé en un canal étroit, long de 3 cent., laissant à peine passer un crayon. Il existe sur sa paroi postérieure un ulcère rond recouvert par des caillots et s'enfonçant dans l'épaisseur du pancréas : il est entouré par du tissu cicatriciel. Après cautérisation de l'ulcère, je suturai transversalement les parois de l'incision.

La malade succombe le troisième jour par collapsus.

Observations IV, V, VI

Cas d'hématémèse aiguë communiqués par le Docteur Mikulicz

Cas I. — Homme, 38 ans. Diagnostic clinique : ulcère de l'estomac. — Hématémèse. — Durée de la maladie : un an.

Opération le 5 décembre 1889. Gastrorrhaphie.

Mort le soir même de l'opération.

Cas II. — Femme, 21 ans. Diagnostic clinique : ulcère de l'estomac. — Hématémèse. — Durée de la maladie : 3 ans.

Opération le 22 avril 1894. Curettage de l'ulcère ; perforation de la paroi stomacale, suture.

Guérison. Etat de santé parfait trois ans après l'opération.

Cas III. — Femme, 42 ans. — Diagnostic clinique : ulcère de l'estomac. — Hématémèse. — Durée de l'affection : 7 ans.

Opération le 15 novembre 1894. — Pancréas envahi : hémorrhagie considérable par une artère. — Gastrorrhaphie.

Collapsus. Mort le soir même de l'opération.

Observation VII

Roux, dans une communication au Congrès français de chirurgie en 1893, dit avoir eu à pratiquer la gastrectomie partielle suivie de la suture à trois plans, chez un gros brasseur allemand, anémié au plus haut degré, à la suite de deux hémorrhagies stomacales très abondantes. L'opérateur trouva

à la petite courbure, non loin du pylore, un ulcère rond, peu étendu, qui avait déterminé l'érosion de l'artère coronaire stomachique. La ligature double de cette dernière, combinée avec l'excision de la partie ulcérée, sauva le malade d'une mort qui paraissait certaine.

B. Adhérences

Observation VIII. — *A. Codivilla*, Gazetta degli Ospitali, septembre 1888

Emma F..., vingt-deux ans, de Césena; a perdu sa mère les parents de celle-ci et quatre frères, de tuberculose pulmonaire. A seize ans, fièvre typhoïde; réglée à dix-sept ans, et les règles, bien que peu abondantes, ont apparu régulièrement jusqu'ici.

Les troubles gastriques ont débuté, il y a environ cinq ans, limités d'abord à une *sensation de lourdeur d'estomac et d'endolorissement à la pression survenant peu après le repas*, et à laquelle faisaient suite des éructations, et quelquefois (tous les trois ou quatre jours) des vomissements. La malade prétend n'avoir jamais eu de fièvre. Les phénomènes allèrent en s'aggravant rapidement : la douleur au niveau de la région gastrique devint *continue, avec maximum d'intensité à la région pylorique;* les vomissements se produisirent chaque jour et après chaque repas, une demi-heure ou une heure après. Les matières vomies avaient une saveur fortement acide, agaçaient les dents, et se composaient exclusivement des aliments ingérés peu d'instants auparavant ; jamais de sang dans ces vomissements.

La malade devenait étique; les selles se produisaient avec beaucoup de peine, une fois la semaine: les urines étaient très rares ; souvent la malade a souffert d'un hoquet persistant; toutefois, elle a toujours eu un excellent appétit, et resta de bonne et joyeuse humeur.

Tous les traitements tentés (lavage de l'estomac, diète lactée, calmants, stomachiques, etc.) étaient restés infructueux.

La malade fut reçue à la clinique le 5 juin.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, de peau et de muqueuses assez colorées, mais très amaigrie. Malgré cela, elle reste levée presque toute la journée, vaquant à ses occupations habituelles.

Le thorax est peu développé ; la respiration est faible, toutefois, l'examen ne révèle aucune lésion de l'appareil respiratoire.

Appareil circulatoire sain ; le pouls est suffisamment plein et ferme : 60 à 66 pulsations.

Appareil digestif. Le foie semble un peu abaissé. La région de l'estomac à l'inspection est normale. A la palpation, on perçoit la sensation de clapotage et une légère augmentation de résistance du côté droit de l'épigastre. La percussion permet de constater que l'estomac est dilaté.

Par l'observation quotidienne de la malade pendant le mois qu'elle passa à la clinique, avant l'opération, l'on put noter ce qui suit :

La malade vomit chaque jour, une demi-heure ou une heure après le repas; la quantité de vomissement ne correspond pas exactement à celle des aliments ingérés : une fois, par exemple, après l'ingestion de 800 grammes d'aliments liquides et solides dans la journée, la quantité des matières vomies n'a pas dépassé 300 grammes en tout; une autre fois, 700 ou 750 grammes. Il n'y a pas eu d'intolérance spéciale pour certains aliments : la malade a vomi également le pain ordinaire et le lait. Soumise pendant une semaine à la diète liquide exclusive (lait, œufs, bouillon), les phénomènes n'ont pas changé.

Le vomissement se produit sans effort; la malade se plaint, pendant cet acte, d'une acidité excessive des matières vomies, qui lui agacent les dents. Peu avant le vomissement, elle ressent *un endolorissement vague sur toute la région épigastrique, et une sensation de pression.* Il n'y a aucun point de douleurs vives. Les matières vomies contiennent une certaine quantité d'aliments n'ayant subi aucune action digestive, d'autres en voie de digestion, et du chyme en abondance. La réaction est très acide, par l'existence d'acides lactique et butyrique ; acide chlorhydrique en quantité variable, faible.

Les selles se sont produites tous les huit ou neuf jours ; matières fécales formant une masse très dure ; la malade faisait pourtant usage de lavements.

La quantité des urines a oscillé entre 500 et 800 grammes par jour ; à l'examen chimique et microscopique elles n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Le pouls a oscillé entre 60 et 72 ; la température entre 36°5 et 37°4 ; la respiration entre 18 et 22 à la minute. L'état général de la malade n'a pas changé depuis son entrée, la nutrition ne s'est pas améliorée; le caractère est néanmoins resté joyeux.

En pareil cas, le diagnostic était difficile. Si l'on pouvait éliminer assez facilement le carcinome, l'ulcère rond, la gastrite chronique, l'hystérie, et si la persistance du vomissement après chaque repas, la dilatation stomacale, l'augmentation de résistance dans la région pylorique faisaient songer à la possibilité d'une lésion en cette partie de l'organe, il n'était cependant pas aisé de formuler laquelle. Il était assez certain que l'orifice pylorique se refusait à recevoir tous les aliments élaborés dans l'estomac, mais il était néanmoins hors de doute qu'une bonne partie de ces aliments passaient, et que l'obstacle n'était

pas complet. Or, en considérant les causes qui pouvaient empêcher l'évacuation du contenu stomacal par le pylore, et en excluant les lésions que, dans ce cas, ne venait appuyer aucun des faits, trois états morbides se présentaient à l'esprit comme possible : l'insuffisance de la force musculaire, la sténose cicatricielle de l'orifice, des adhérences de la région pylorique. Un examen attentif permettait de rejeter la première hypothèse; l'atonie des muscles de l'estomac n'était pas admissible, puisque dans le vomissement se trouvait constamment une bonne partie des aliments digérés, chose impossible si les aliments, au moyen des mouvements de l'estomac, n'étaient venus au contact du suc gastrique. En outre, la dilatation de l'organe n'était pas trop accentuée.

Le diagnostic restait donc hésitant entre les deux autres causes, toutes deux pouvant donner les mêmes signes. En effet, de même que l'orifice pylorique resserré par une inflammation chronique se prête mal au passage du chyme, de même, quand la région pylorique est gênée dans ses contractions, les matières digérées ne reçoivent pas la poussée suffisante pour les faire entrer dans le duodénum, étant donné que cette fonction est dévolue presque exclusivement à la fibre musculaire de cette région.

Dans l'un et l'autre cas, le seul traitement logique était le traitement chirurgical, aucun des traitements médicaux n'ayant donné d'amélioration.

La cause qui pouvait empêcher le passage des aliments à travers le pylore était d'ordre mécanique, et l'on ne pouvait espérer quelque effet qu'en agissant mécaniquement sur elle.

Pour ces raisons, le Professeur Loreta, rassuré par l'état général relativement bon de la malade et par ce fait que l'estomac digérait bien les aliments, se décida *à l'opération le 12 juillet*, avec l'intention de faire la divulsion du pylore au cas de sténose cicatricielle ou de libérer les adhérences si celles-ci étaient la cause des accidents.

La malade est transportée dans l'amphithéâtre clinique et endormie au chloroforme. On divise les parois abdominales par une incision de 12 centimètres, qui de 3 centimètres audessous de l'appendice xyphoïde se portait à droite et en bas, de façon qu'elle fût distante de 3 centimètres environ de la ligne médiane. On ouvre le péritoine pariétal, après hémostase soigneuse des bords de la plaie cutanée; le foie se présente, occupant toute l'étendue de l'incision; il est repoussé en haut, et l'on exécute des tractions sur l'estomac pour l'extraire en partie de la cavité abdominale, mais ce ne fut pas possible; l'organe, *le long d'une bonne partie de la petite courbure et dans la région pylorique*, qui normalement se trouve au contact de la face inférieure du foie, avait contracté *de telles adhérences* avec ce dernier organe que tous les efforts pour le changer de la position qu'il occupait restèrent sans effet.

Alors, avec le doigt, on tenta de libérer les adhérences, et beaucoup furent déchirées. On ne put les détacher toutes en ce moment, parce que le sang, qui s'écoulait en abondance de la région, fit suspendre l'opération. Mais quand cela fut fait suffisamment, pour que la région pylorique pût être en partie extraite de la cavité abdominale et incisée, le Professeur Loreta introduisit dans l'ouverture l'index de la main droite : il ne put atteindre le pylore, encore immobilisé sur le foie, mais il lui fut possible, en se servant du doigt comme guide, de glisser dans l'orifice une bougie urétrale nº 8 environ, laquelle passa sans difficulté. Alors, à l'aide de la bougie, il put, avec l'index gauche, reconnaître le point où étaient tenus adhérents l'orifice pylorique et une partie de la première portion du duodénum. et, par des mouvements appropriés, les libérer de leurs liens. Ensuite, en introduisant une seconde bougie dans l'orifice et en glissant entre les deux doigts, jusqu'à introduire une partie de la premiere phalange, *il put constater que le pylore était largement ouvert.*

On exécuta ensuite la suture de la plaie stomacale, puis le viscère fut replacé dans la cavité péritonéale ; suture de la plaie abdominale. Pansement à l'iodoforme. La malade se réveille quinze minutes environ après la fin de l'opération. Elle se plaint aussitôt d'une vive douleur dans la région de l'estomac, puis, après trois injections hypodermiques, une d'éther (1 gr.), une de morphine (0 gr. 01), une d'antipyrine (0 gr. 25), elle se remet peu à peu. Dans la journée, l'état s'améliore et la douleur devient supportable.

Les jours suivants, l'amélioration continue. La température, le pouls et la respiration se maintiennent dans les limites normales. Quelques accès de hoquet et une douleur oppressive à la région opérée.

La malade est nourrie avec du bouillon aux œufs et du vin de Champagne. Lavement peptonisé.

22 juillet. — La malade prend trois potages, un peu de poulet, un petit pain, vermouth et marsala. Aucun trouble. Le 26, *elle se lève environ une heure, mange avec appétit, n'éprouvant ni nausées ni vomissements.* Elle va à la selle spontanément.

31 juillet. — Nouvelle selle spontanée ; la malade mange comme une personne bien portante ; elle reste levée toute la journée et, le 5 août, *se sentant complètement guérie, elle sort de l'hôpital.*

Note de l'auteur. — Quelque temps après avoir envoyé cette note à la direction de la *Gazetta degli Ospitali*, je reçus des nouvelles de la santé de l'opérée. Elles n'étaient pas aussi bonnes que je l'attendais, car elle me racontait dans sa lettre que, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, elle avait été tourmentée de nouveau par de graves troubles gastriques. De

même qu'auparavant les aliments ingérés étaient, en grande partie, vomis peu après le repas.

Je répondis à la malade en lui recommandant chaudement de s'abstenir de tout écart de régime et de s'astreindre de son mieux aux conseils qu'on lui avait donnés sur le régime à suivre avant son départ de l'hôpital, car il était probable que, se croyant complètement guérie, elle ne s'y était pas scrupuleusement conformée. Il sera à moi de faire connaître dans la suite si, malgré un régime diététique sévère, les troubles se sont maintenus.

Observation IX. — *Doyen.* — Traitement chirurgical des affections de l'estomac

Ulcère calleux de l'estomac. — Contracture du pylore.

19 juillet 1893. Homme, 33 ans.

Le malade, atteint depuis longtemps d'un ulcère de l'estomac et présentant tous les symptômes classiques, est dans un tel état de cachexie qu'il vient d'être atteint d'une phlébite double des membres inférieurs.

L'opération est pratiquée presque in extremis. Péritonite sus ombilicale. Il fallut décoller le foie du côlon et de l'estomac pour mettre à nu les quelques centimètres nécessaires à l'établissement du nouveau pylore. La gastro-entérostomie fut pratiquée avec les plus grandes difficultés.

Guérison.

Observation X. — *Eiselsberg*, Archiv für klinische chirurgie. 1889. T. 39.

Adhérences étendues entre le fond induré de l'estomac et la paroi abdominale à la suite d'ulcère. Résection partielle de la paroi stomacale, guérison.

Marie O..., 50 ans. Souffre depuis quatorze ans de son estomac ; elle éprouve deux à trois heures après les repas une sensation de brûlure vive au niveau de la région épigastrique. Il y a cinq ans, elle eut, spontanément, une hématémèse abondante composée de sang noir. Depuis neuf mois la malade avait remarqué qu'il se formait lentement une tumeur au dessous du rebord costal gauche ; elle commença en même temps à maigrir. Ces derniers temps elle souffrait surtout de douleurs vives lancinantes qui s'installaient après le repas. La malade était arrivée à se mettre au régime lacté absolu.

Etat actuel. — Femme pâle, amaigrie; poids 36 kilos. L'abdomen est soulevé au-dessous du rebord costal gauche par une tumeur du volume d'une pomme, tumeur qui semble adhérente à la paroi abdominale et qu'on trouve encore très nette lorsqu'on fait contracter le grand droit. Cette tumeur s'étend à droite jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à l'ombilic, en haut elle disparaît sous le rebord costal. Elle est très peu mobile. La malade fut observée pendant un certain temps à l'hôpital; elle ne vomissait pas, mais se plaignait de vives douleurs dans l'estomac. Le contenu de celui-ci renferme de l'acide chlorhydrique libre.

Diagnostic : Tumeur maligne probable, ayant pour point de départ la paroi antérieure de l'estomac.

La malade implorait une opération à cause de ses douleurs.

Opération le 4 décembre 1888 (Billroth). Après un lavage soigné de l'estomac, incision le long du bord externe du muscle grand droit à gauche. On tombe sur une tumeur dure, adhérente à la face profonde du grand droit et du muscle grand oblique; on écarte les lèvres de la plaie pour mieux voir les limites de la tumeur. En pénétrant avec le couteau dans l'intérieur de la tumeur, on tombe sur la paroi antérieure de l'estomac perforée, adhérente à la paroi abdominale. Il existe sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, une rétraction cicatricielle dont les bords sont durs et, tout autour, la paroi de l'organe est transformée en une masse calleuse, dure. — On excise une portion elliptique de cette paroi de façon à enlever l'ulcère et les parties indurées. Les bords de cette perte de substance sont suturés linéairement. La ligne de suture longue de 10 cent. est parallèle au rebord costal gauche. L'estomac ainsi débarrassé de ses adhérences est libre et s'enfonce dans la cavité abdominale. Mais l'excision de la partie indurée a créé une perte de substance au niveau du péritoine, des aponévroses et des muscles; cette perte de substance ne peut être que diminuée par la suture. L'orifice qui reste est fermé par de la gaze iodoformée, drainé et recouvert par la peau qu'on suture.

La convalescence se passa tout à fait bien. — Diète comme dans le cas de résection du pylore. On retire la gaze et les drains au dixième jour. La malade se lève pour la première fois, trois semaines après l'opération, et, huit jours après, elle quitte le service complètement guérie. Les douleurs avaient absolument disparu.

La malade se présente à nous au mois de juin 1889, donc six mois après l'opération. Elle a augmenté de 6 kilos et se sent presque tout à fait bien. Elle mange tout et n'a jamais de douleurs. La cicatrice cutanée est normale, seulement il existe une éventration pour laquelle on lui donne une ceinture.

La pièce excisée est elliptique, longue de 10 cent., large de 5 cent. Son épaisseur atteint par places 2 cent. L'examen microscopique confirme qu'il s'agit d'un tissu cicatriciel pur.

Observation XI. — *Jaboulay*. Observation tirée de la thèse de M. Bonquet de Jolinière. (Th. de Lyon 1896.)

C... M., cinquante ans, épicier entré le 30 janvier 1895, salle Sainte-Marguerite, père mort à 33 ans d'affection pulmonaire aiguë (huit jours de maladie); mère vivante, soixante-huit ans, bien portante: une sœur très bien portante; un frère vivant, atteint également d'affection gastrique.

Personnellement : le malade a toujours été nerveux et impressionnable, il s'emportait facilement; n'a jamais eu de crises nerveuses. Rien à noter dans l'enfance : scrofule douteuse: peut-être la rougeole. Étant soldat, à l'âge de vingt-deux ans, il eut une fièvre indéterminée de trois semaines de durée. Pas d'affection vénérienne: pas d'alcoolisme (un demi litre de vin par jour, très peu d'alcool). Bonne santé habituelle jusqu'à trente-cinq ans. Marié; trois enfants, dont l'un est mort, à vingt mois, de convulsions; les deux autres sont vivants, se portent bien.

Le malade a toujours été constipé : même avant son affection actuelle, il restait souvent deux ou trois jours sans aller à la selle.

A l'âge de trente-cinq ans, c'est-à-dire il y a quinze ans, il commença à s'apercevoir qu'il souffrait après le repas. La douleur débutait quelque temps après, ordinairement deux heures après; c'était une sensation de pesanteur au creux épigastrique plutôt qu'une vraie douleur; il n'avait pas de point dorsal correspondant ni de douleur en broche. Très souvent, il avait des vomissements aigres qui lui agaçaient les dents (sans pyrosis), et qui le soulageaient beaucoup.

Au début, ces douleurs n'étaient pas continues : elles duraient un mois, puis disparaissaient pendant deux mois, revenaient au bout d'un mois et demi, duraient un mois ou deux, etc. Le malade est très affirmatif sur ces périodes de rémission.

Pendant cinq ou six ans, ces douleurs conservèrent le même caractère, mais en s'aggravant; les périodes de rémission devenaient plus courtes, tandis que les douleurs augmentaient d'intensité, au point que le malade en était réduit aux injections de morphine.

Envoyé à Vichy, il retira un grand soulagement du traitement; il y retourna pendant quatre ans de suite; à la suite de son séjour à Vichy, période de calme d'une durée de deux ans.

Mais depuis une année, les douleurs gastriques ont reparu. Toujours les douleurs au creux épigastrique apparaissaient deux

à trois heures après les repas : c'est toujours la sensation de pesanteur, de *barrement* qui domine, et non une vraie douleur : pas de point dorsal, pas de point scapulaire. Vomissements très fréquents, très acides, qui soulagent beaucoup le malade, au point que parfois il les provoque lui-même. La soif était très vive, la bouche toujours sèche, et surtout la constipation très opiniâtre. Depuis la recrudescence de son affection, le malade ne se rappelle pas avoir eu une selle sans employer des moyens artificiels.

Le malade a maigri un peu, mais pas énormément, dit-il. L'appétit était conservé.

Le malade insiste beaucoup sur les vomissements qui survenaient souvent deux fois par jour, trois à quatre heures après les repas, terminaient sa crise douloureuse. Souvent, il a remarqué que ses vomissements nocturnes contenaient des aliments du repas du matin et souvent de la veille : depuis un an, il n'a pas eu de période d'accalmie comme au début. Depuis trois mois, il se soumet au régime lacté à peu près absolu, et malgré cela les vomissements ont persisté.

A son entrée : même état. Il raconte qu'il ne mange pas pour éviter la douleur et les vomissements ; l'appétit est conservé.

31 janvier. — Hier soir, le malade a mangé comme les autres malades : il a eu ce matin, en deux fois, à 2 heures et à 6 heures, un vomissement copieux, d'odeur de vin blanc fermenté et donnant *une coloration jaune avec le vert brillant*. Ce matin, l'estomac n'est pas vide, malgré le vomissement ; clapotage très fort. Pas de tumeur appréciable à la palpation ; la région épigastrique n'est douloureuse à aucun point ; un peu de péristaltisme stomacal sus-ombilical. On retire par la sonde 50 centimètres cubes de liquide gastrique. *Insufflation moyenne :* la limite inférieure de l'estomac dépasse d'un travers de doigt l'ombilic ; l'antre du pylore est dilaté et s'avance jusqu'à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic ; cardia à sa place normale ; *pylore fixé au foie.*

Examen du liquide vomi. Acidité totale : 3,65. Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : érythrodextrine. Fer : négatif.

1er février. — Hier soir, lavage de l'estomac ; on laisse ce matin le malade à jeun : clapotage. On retire par la sonde 250 grammes de liquide contenant des débris alimentaires. *Chimisme :* Acidité totale : 1,67, Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : jaune. Fer : négatif.

Urines : 500 grammes en 24 heures. Pas d'albumine.

2 février. — Hier soir, lavage consciencieux de l'estomac : on a fait passer 15 litres de liquide et évacué l'eau qui pouvait être restée, avec la pompe. Malgré cela, ce matin environ 150 grammes de liquide contenant des débris alimentaires

(l'estomac clapote encore après) ; ce liquide contient de l'acide chlorhydrique à l'état libre : jaune avec le vert brillant.

Repas d'épreuve d'Ewald ; une heure après, on retire plus de 300 grammes de liquide contenant beaucoup de pain. Acidité totale : 2,1. Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : érythrodextrine. Fer : teinte jaune douteuse.

3 février. — Urines de 24 heures : 1000 grammes. On donne au malade 10 grammes de bicarbonate.

4 février. — Poids 46 kilogrammes. Urines de 24 heures : 600 grammes. Le traitement a été commencé hier dans l'après midi. Pas de vomissements depuis jeudi, c'est-à-dire depuis le 1er février.

5 février. — Le malade a vomi ce matin : vomissement couleur beige, d'odeur aigrelette, peu abondant. *Chimisme* : A : 2,4. R. de Günzbourg, rouge intense, vert brillant, jaune vert. Fer : négatif. Iode : érythrodextrine.

Urines : 900 grammes.

6 février. — Cette nuit second vomissement copieux, de 1700 centimètres cubes. Urines : 850 grammes.

7 février. — Pas de vomissement cette nuit. Clapotage gastrique. Etat nauséeux. Ondulation épigastrique très nette (péristaltique) Urines : 1000 grammes.

8 février. — Cette nuit troisième vomissement très abondant. Urines : 950 grammes.

9 février. — Quatrième vomissement très abondant. Urines : 950 grammes.

11 février. — Vomissement la nuit passée et cette nuit. Urines : hier, 750 ; aujourd'hui 900 grammes.

12 février. — Cette nuit pas de vomissement (le malade a peu mangé). Urines : 1100 grammes.

Le malade n'a tiré aucun bénéfice du traitement alcalin : il a eu six vomissements en neuf jours. Les douleurs ont été aussi vives. On retire par la sonde 300 centimètres cubes de liquide gastrique contenant des débris alimentaires (surtout du pain), d'odeur aigrelette.

13 février. — Poids : 44 kg. 400. Urines : 900 grammes. Le malade n'a pas vomi cette nuit. Numération des globules : 2.480 000.

Diagnostic clinique. — Sténose du pylore ; ancien ulcère ; adhérence du pylore au foie. Une intervention chirurgicale est proposée au malade qui l'accepte.

Opération le 15 février, par M. Jaboulay.

Anesthésie à l'éther. M. Jaboulay pratique une incision longitudinale de 8 à 10 centimètres sur la ligne blanche sus-ombilicale, l'extrémité inférieure de l'incision s'arrêtant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il parvient facilement

sur *la paroi antérieure de l'estomac reliée au péritoine pariétal par de fines adhérences* peu vasculaires, rapidement détruites au doigt sans hémorrhagie notable. Pas trace de néoplasme ou d'induration étendue sur cette paroi antérieure.

Pour arriver sur la région pylorique, il est nécessaire de détruire également au doigt *d'autres adhérences qui établissent une véritable symphyse entre cette région et les organes voisins, principalement la face inférieure du foie.* On peut constater alors par invagination des parois duodénale et pylorique que *le calibre du pylore, quoique diminué, est encore suffisant pour permettre le passage des aliments ;* c'est sur la paroi postérieure qu'une bride cicatricielle de la largeur de 4 ou 5 millimètres, se prolongeant en s'amincissant sur une surface de 2 à 3 centimètre carrés fait saillie dans l'intérieur du pylore et forme pour ainsi dire valvule.

L'intervention n'est pas poussée plus loin. M. Jaboulay espère que la destruction des adhérences suffira à rétablir la canalisation pylorique. Suture de la paroi ; drainage de précaution avec une petite mèche de gaze iodoformée que l'on retire cinq jours après l'opération.

26 février. — Pendant les onze jours qui ont suivi l'opération, les suites en ont été excellentes ; pas de température, pas de réaction péritonéale autre qu'une sensation de gêne et de barre épigastrique. Les vomissements ne se sont pas reproduits, et, dès le deuxième jour, le malade a pu absorber du bouillon et un litre de lait par jour, sans éprouver autre chose que des nausées, disparues elles-mêmes au bout de quatre à cinq jours. On ajoute peu à peu à l'alimentation des potages au riz, du pain, des quenelles parfaitement tolérées.

Constipation ; selles peu abondantes, rares et seulement par lavements. Pas trace de sang dans les premières selles.

27 février. — Le malade, qui se plaint de douleurs (brûlure et pesanteur) après le repas, surtout trois ou quatre heures après, a un vomissement marc de café assez abondant.

Le lendemain, de nouveau il vomit, mais les aliments ingérés seulement, sans trace de sang.

Le surlendemain, vomissement marc de café. Bicarbonate de soude : 10 grammes, Les deux ou trois jours qui suivent, repas plus légers, puis peu à peu le malade revient au régime qu'il avait avant ces accidents (un litre et demi de lait, potages, viandes blanches). Il n'a plus eu depuis de troubles de canalisation, mais il accuse toujours des sensations de brûlure après la période digestive, avec douleurs irradiées dans les hypocondres.

Plaie : État local bon ; suppuration superficielle au niveau de quelques points de suture.

Le malade quitte le service le 11 mars ; plaie cicatrisée. Il rentre à Châlon.

7 mai. — Nouvelles données à Châlon par M. le Dr Désir de Fortunet : le malade va un peu mieux, pas beaucoup mieux, est obligé de se laver l'estomac, et n'a pas sensiblement engraissé.

14 novembre. — M. le docteur Désir de Fortunet envoie à M. le Dr Bouveret les nouvelles suivantes : « En rentrant de Lyon, le 10 mars, le malade a continué pendant quelque temps à manger comme vous le lui aviez conseillé, c'est-à-dire un peu de viande, des œufs, des légumes en purée, un peu de pain. Les douleurs ont reparu, moins fortes il est vrai, et avec elles quelques vomissements, puis les vomissements sont devenus habituels.

Au commencement de mai, je lui ai fait faire régulièrement un lavage tous les jours avec une solution boriquée et mis au régime suivant : un litre et demi de lait par jour, deux œufs à peine cuits et deux lavements de lait d'un demi-litre qu'il conservait parfaitement. Depuis cette époque, son régime n'a pas varié, il a seulement augmenté les œufs ; il en prend actuellement quatre par jour. Il ne fait plus qu'un lavage tous les trois ou quatre jours. Il a repris environ 10 à 12 livres et son état général est assez satisfaisant. S'il lui arrive de manger un peu de viande ou un potage, les douleurs reparaissent encore, et il retrouve une partie de ces aliments dans son lavage. Somme toute, amélioration énorme. Probablement, la sténose pylorique persiste et ne laisse passer que les aliments liquides : mais cet état semble parfaitement compatible avec l'existence, et lui permet une alimentation suffisante. »

Observation XII. — *Klaussner*. Münchener medicinische Wochenschrift, 15 septembre 1896.

Contribution au traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac

M. S., femme de chambre, âgée de 21 ans, raconte qu'elle a été malade pour la première fois le 18 septembre 1891, où elle fut prise de douleurs très vives dans la région gauche de l'abdomen. Les douleurs s'atténuèrent après trois semaines, de sorte que la malade put reprendre un travail pas très fatigant, mais elles ne cessèrent pas complètement ; la malade aurait eu à ce moment des vomissements fréquents.

Un an après, les douleurs reparurent de nouveau dans la région épigastrique gauche, et la malade fut traitée pour une fluxion de poitrine. Les douleurs étaient tellement vives que la malade ne pouvait se tenir debout. Les applications de glace, les compresses humides n'amenaient aucun soulagement et seule la morphine calmait la malade. Le lait et le café étaient seuls supportés comme nourriture.

Pendant ces trois dernières années, les douleurs furent continuelles avec des crises durant plus ou moins longtemps. De temps en temps des vomissements. La malade pouvait manger assez bien, et l'ingestion des aliments n'amenait pas de recrudescence dans les douleurs.

Le premier examen de la malade ne permit pas de poser un diagnostic ferme ; on croyait sentir une résistance plus considérable à l'endroit où la douleur spontanée et provoquée était la plus vive, c'est-à-dire entre le rebord costal et la ligne médiane, mais on pouvait l'attribuer aussi bien au muscle droit très tendu. Un second examen sous chloroforme permit de constater une masse indurée, aplatie, de l'étendue d'une petite assiette, limitée en haut par le sternum et le rebord costal et se continuant en bas sans limite précise avec la résistance des muscles de la paroi abdominale. On pensa alors soit à un sarcome, soit à une tumeur d'origine syphilitique. On institua un traitement ioduré.

La malade maigrit considérablement en quinze jours, mais la tumeur ne diminuait pas, au contraire, on sentait mieux à cause de l'amaigrissement de la malade une formation plate de la largeur d'une main d'enfant.

La convalescence eut lieu de la manière la plus satisfaisante.

L'intervention fut alors décidée et faite le 29 février 1896.

La tumeur est mise à découvert par une incision oblique en haut et en dehors située au-dessous de la partie la plus élevée de la tumeur. On aperçoit alors un tissu calleux et fibreux et on enlève plusieurs couches épaisses de quelques millimètres, de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Ces parties indurées se prolongent dans le tissu musculaire voisin sans limites précises. Malgré toutes les précautions, en enlevant ce tissu il se fait une déchirure par laquelle s'échappe de l'air. Un doigt introduit par l'orifice permit de constater qu'il s'agissait de l'estomac adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. Il était évident qu'au niveau d'un ulcère de l'estomac il s'était formé des adhérences entre la paroi abdominale et la paroi stomacale antérieure, ce qui expliquerait les douleurs continues ressenties par la malade.

Comme on ne pouvait pas entreprendre une opération plus sérieuse sans le consentement de la malade, on bourra l'orifice avec de la gaze iodoformée et on ferma en partie la plaie cutanée.

La malade ayant consenti à une opération plus complète, celle-ci fut pratiquée quelques jours après. On se proposait de séparer l'estomac de la paroi abdominale.

Incision longue de 21 cent. partant de l'appendice xyphoïde, et menée parallèlement au bord des côtes inférieures à trois travers de doigt au-dessous. L'incision a intéressé toutes les couches jusqu'au péritoine ; celui-ci n'est ouvert qu'après l'hémostase.

On constate alors que la face antérieure de l'estomac adhère au péritoine pariétal, et que ces adhérences commençant au niveau du rebord costal s'étendent en arrière vers le cardia. Cette localisation défavorable rendait très difficile le décollement car on courrait le risque d'intéresser la plèvre. On y arrive pourtant et c'est seulement alors qu'on peut attirer l'estomac dont l'ouverture faite au cours de l'opération précédente était obturée avec de la gaze iodoformée. On put alors constater que les adhérences étaient beaucoup moins étendues que les infiltrations de la paroi abdominale qu'on sentait par le palper. Après avoir excisé les parties indurées sous forme d'ellipse, on suture la plaie stomacale.

La convalescence eut lieu de la manière la plus satisfaisante.

Les premiers temps, la malade ne prit que des aliments liquides; les premiers jours, il y eut des vomissements et quelques douleurs, mais moins intenses que celles qu'elle ressentait auparavant.

La malade s'améliora rapidement et son poids augmenta. Actuellement (fin août), elle se sent très bien, de sorte qu'elle peut, sans difficulté, travailler comme domestique.

Comme il s'est déjà écoulé six mois depuis l'opération, on peut espérer que le bon état actuel de la malade sera durable.

Observation XIII. — *Krogius* (d'Helsingfors). — Centralblatt für Chirürgie. 30 mai 1896.

Maria Bistroem, âgée de 51 ans, marchande de poisson, a toujours été bien portante. Mariée à l'âge de 19 ans, elle a eu trois enfants, dont le dernier est né il y a 28 ans. C'est il y a 27 ans qu'elle commença à souffrir pour la première fois de douleurs au creux épigastrique et de renvois acides. Il y a trois ans, une hématémèse. Au printemps 1894, elle remarque au creux épigastrique, un peu à gauche, une tumeur mobile, du volume d'un œuf, qui grossissait rapidement, en même temps qu'elle devenait immobile. Les douleurs d'estomac et les vomissements augmentant, elle fut forcée de quitter son travail en automne.

Le 2 novembre, elle entre dans un service de médecine, où elle reste jusqu'en janvier 1895 avec le diagnostic : tumeur abdominale, hypersécrétion acide, dilatation de l'estomac. Le traitement par les lavages, le sel de Karlsbad, la morphine, ne donnèrent aucun résultat.

Au printemps 1895, la tumeur augmente considérablement de volume et devient très douloureuse. Les douleurs, qui reviennent chaque jour, obligent la malade à ne marcher que courbée en deux ; aussi, le plus souvent, elle garde le lit. L'appétit est nul, les vomissements fréquents. Les jambes et les

pieds enflent de temps en temps. L'amaigrissement est considérable.

Le 4 juin 1895, on la reçoit dans la Clinique chirurgicale en vue d'une intervention.

État actuel. — Malade amaigrie, pas très pâle. Cœur et poumons normaux. On voit et on sent dans l'égigastre gauche, au-dessous du rebord costal, à 6 cent. de l'appendice xyphoïde, une tumeur large de 8 cent. et haute de 5 cent. Elle se prolonge en haut, sous le rebord des fausses côtes. Cette tumeur semble adhérer à la paroi abdominale, mais la peau, au niveau de la tumeur, est mobile. La surface en est inégale, la consistance dure: elle est très douloureuse. Le suc gastrique contient HCl libre. La malade souffre énormément ; elle ne quitte plus le lit. Elle prétend ne plus pouvoir endurer ces souffrances et être décidée à une opération même dangereuse pour en être débarrassée. Il était difficile d'établir un diagnostic en présence de cette tumeur qui siégeait visiblement dans la paroi stomacale et qui, probablement, était aussi en rapport de continuité avec la paroi stomacale, cependant je consentis à opérer la malade pour la soulager.

Opération le 11 juin : Anesthésie par l'éther. Après avoir fait une incision sur la ligne blanche, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, je pus constater que la face antérieure de l'estomac adhérait dans l'étendue d'une petite assiette avec la paroi abdominale, et le rebord costal. La tumeur sentie était due à l'épaississement des bords de l'adhérence. Pour rendre plus accessible la tumeur je fis une autre incision partant de la première et suivant le rebord costal. En voulant séparer la paroi abdominale de l'estomac, celui-ci s'ouvrit; son contenu fut immédiatement recueilli par des compresses. (Les lavages pratiqués avant l'opération n'avaient pas vidé complètement l'estomac, il restait des débris alimentaires).

La libération de l'estomac fut continuée en réséquant sa paroi antérieure dans toute la partie adhérente. L'estomac présente aussi des adhérences avec le lobe gauche du foie. Le décollement amène une hémorrhagie qu'on arrête par une cautérisation au thermocautère. La plaie stomacale, longue de 12 centim., est suturée perpendiculairement à l'axe longitudinal de l'estomac. Les parties de l'estomac qui sont restées adhérentes sont enlevées au bistouri et au thermocautère. Après nettoyage très minutieux, fermeture de la plaie abdominale, sauf en un point où l'on introduit un peu de gaze iodoformée. L'opération a duré 2 heures.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit non pas d'une tumeur maligne mais d'un ulcère simple. C'est ce qu'on pouvait affirmer du reste rien qu'à voir les parties enlevées.

La malade fut très affaiblie à la suite de l'opération; mais son état général ne laissa rien à désirer. Pas de fièvre.

Le 15 juin on enlève la mèche de gaze iodoformée; il s'écoule alors une notable quantité de liquide clair, bilieux.

Le 23 juin, la sécrétion de ce liquide, qui était assez abondante pendant quelques jours, se tarit. La plaie est cicatrisée.

Le 25 juin, il s'est formé sur la ligne médiane une fistule qui donne issue à un liquide jaunâtre. On introduit dans la fistule une mèche de gaz iodoformée.

Le 23 juillet, le malade quitte l'hôpital. La plaie est cicatrisée depuis un certain temps.

Les douleurs ont complètement disparu après l'opération.

Le 9 novembre, j'ai eu l'occasion de voir mon opérée. Elle avait pris de l'embonpoint, avait très bonne mine et pouvait faire un travail pénible. Les douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération. La tumeur avait disparu, le ventre était normal à la palpation.

Observation XIV. — *Von Noorden* (de Münich). Münchener medicinische Wochenschrift, 1er septembre 1896.

Malade âgée de 52 ans, appartient à une famille médicale. Elle n'a eu qu'un seul enfant.

Étant jeune fille, la malade fut atteinte d'un ulcère de l'estomac pour lequel elle fut traitée; elle se rappelle très bien les vives douleurs dont elle souffrait à ce moment. Aucun autre antécédent.

Depuis un an elle souffre après ses repas, tout le temps de la digestion: c'est une sensation de pesanteur au creux épigastrique. L'anémie, l'affaiblissement général sont allés en s'accentuant et aujourd'hui elle présente le type d'une dénutrition profonde. La malade, qui est intelligente, est tourmentée par l'idée d'un cancer.

A l'examen, on trouve à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un peu à gauche, une zone douloureuse. La résistance de la paroi est augmentée même sous le chloroforme.

L'examen chimique des fonctions de l'estomac permit de constater que la digestion du repas d'épreuve se faisait bien, de même que la puissance digestive du suc gastrique pour les albuminoïdes étaient conservées. L'urine est normale; quant à ses sels et son poids spécifique, on ne trouve ni albumine, ni sucre, ni indican.

L'âge de la malade et l'examen physique pouvaient faire craindre une tumeur maligne. Les antécédents d'ulcère augmentaient la possibilité d'un cancer. Cependant on pouvait avoir aussi bien affaire à un processus adhésif, ce que semblait confirmer la durée de la maladie, qui durait depuis plus d'un an. C'est ce diagnostic qu'on communiqua à la malade.

Opération le 25 novembre 1895. Aidé par les Drs Quenstedt et Müller. Anesthésie chloroformique sans accident. Durée une demi-heure.

Incision médiane au-dessus de l'ombilic longue de 12 cent. Au niveau de l'incision, le grand épiploon adhère à la paroi abdominale. Le grand épiploon est en partie rejeté en haut. On trouve plus loin une adhérence de la largeur d'une pièce de deux francs entre l'épiploon et l'estomac, au voisinage du pylore. Libération à l'aide de quatre ligatures. On peut voir alors l'estomac; il est petit et pâle; la partie où il y avait des adhérences, saigne un peu. Le pylore n'est pas modifié ni à l'inspection, ni à la palpation, on ne trouve nulle part ailleurs ni parties indurées, ni d'autres adhérences avec les organes voisins.

Fermeture de la cavité abdominale, guérison. Régime alimentaire mixte dès le 31 juin.

L'opération confirmait un ulcère ancien, mais les adhérences en étaient le seul témoignage. Ces adhérences survenant pendant la période aiguë ont probablement préservé la malade de complications graves.

Le résultat immédiat fut admirable. Tous les troubles disparurent, le poids du corps augmenta et la malade retrouva toutes ses facultés de travail et d'activité. Mais trois mois après s'installèrent de nouveau les anciens troubles; mais ceux-là pouvaient être rattachés à une dyspepsie nerveuse à cause de la dépression et de l'irritabilité de la malade. La suite de la maladie confirma ce diagnostic, car tous ces troubles disparurent après un traitement approprié. La malade est tout à fait rétablie huit mois après l'opération, et elle-même est tout à fait convaincue de sa guérison.

Observation XV. — *Mayo Robson*, Transactions of the Clinical Society of London, 1894.

J.W..., dix-huit ans, sans avoir jamais été très fort et toujours sujet à la dyspepsie, n'avait jamais fait de sérieuse maladie jusqu'à trois ans auparavant; à ce moment il fut pris de très grandes douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs qui duraient deux ou trois heures. Il ne pouvait pas donner la cause de ces accès douloureux qui ne suivaient pas toujours l'ingestion des aliments. Après avoir duré quelques semaines, la douleur se serait apaisée, faisant place aux nausées et aux vomissements durant six semaines; puis alors il aurait été bien portant pendant un mois; mais jamais pendant les trois dernières années, il n'aurait été exempt de douleurs pendant plus d'un mois à un mois et demi.

Quelquefois la douleur s'accompagnait de nausées. Une fois le malade vomit du sang, et plusieurs fois des matières couleur café. Trois mois après son entrée à l'hôpital, la douleur se localisa en un point juste au-dessous de la neuvième côte droite, et cette douleur n'a jamais cessé depuis. Une tumeur pouvait quelquefois se sentir sur les côtes droites pendant l'accès douloureux, et disparaissait quand la douleur se calmait. Le malade se plaignait beaucoup d'éructations pénibles. Il avait eu la jaunisse. Bien qu'il se fût un peu relevé entre ses attaques, l'amaigrissement avait été progressif durant les trois années. Quand je le vis, il était très faible, et très amaigri. Après la dilatation de l'estomac, rien d'anormal à noter, et bien qu'il eût une sensibilité très marquée au-dessous du rebord costal droit, on ne pouvait sentir aucune tumeur.

On fit le diagnostic de dilatation d'estomac probablement dépendante d'adhérences du pylore à la vésicule biliaire ; on institua comme traitement des lavages de l'estomac et une alimentation peptonisée, qui seraient suivis d'une opération dans le cas où il n'y aurait pas de mieux.

Le 26 juillet, la note suivante fut rédigée : « Pendant la dernière quinzaine, bien que l'estomac fût lavé chaque jour avec une solution faite d'acide borique et de glycérine, le malade souffrit autant que jamais, la douleur survenant la nuit et quelquefois le jour. A l'examen de l'abdomen, durant les accès, on ne voit ni ne sent aucune tumeur. Il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée. L'appétit est bon. »

Le 30 juillet, bien qu'il eût repris un peu de poids, le malade avait encore un accès douloureux et était très inquiet, désirant qu'on lui fît quelque chose pour assurer sa guérison.

Opération, le 4 août 1892. — On trouve *l'épiploon adhérent couvrant la région de la vésicule biliaire comme un voile :* celle-ci fut détachée avec les doigts, dégageant *le pylore qui était adhérent à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie ;* les adhérences furent facilement séparées et l'hémorrhagie arrêtée par deux ou trois fils de catgut. Suture séreuse, suture abdominale. La guérison survint sans accident ; cicatrisation par première intention.

Le 15 août, le malade se disait presque libéré de toute douleur et se sentait bien : il resta au lit trois semaines, et fut autorisé à se nourrir. Il retourna chez lui à la fin de la troisième semaine, ayant engraissé notablement. A Noël, il était robuste, et faisait un pénible travail de ferme.

En avril 1893, je reçus une lettre de son médecin, disant que le malade avait été bien portant jusqu'en février, mais qu'à ce moment il y avait eu retour des douleurs ; sous l'influence d'un traitement général il redevint bientôt mieux. En septembre 1893, il allait très bien.

Observation XVI. — *Terrier*. Bulletin de la Société de chirurgie 1894. P. 424.

Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome. Laparotomie exploratrice, palliative. Guérison opératoire, puis guérison définitive de la malade.

R... Zoé, blanchisseuse, 62 ans, entre dans mon service de Bichat, le 20 février 1893, pour y être traitée de troubles gastriques qu'on suppose être dus à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade ressent au niveau de l'épigastre une sorte de tension, plutôt que de la douleur véritable. Les digestions sont un peu pénibles, toutefois l'appétit est un peu conservé et il n'y a pas de vomissements; cependant depuis quelque temps la malade maigrit et s'affaiblit.

Elle aurait rendu du sang noirâtre mêlé aux selles. Cette femme est bossue et rachitique; son état général paraît médiocre, elle est très amaigrie et faible. Son poids est de 40 kilogr. (27 février 1893). Les urines, rares (850 gr. pour 24 heures), renferment 14 gr. 20 d'urée.

Par le palper abdominal, on perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre, une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur.

L'estomac ne paraît pas très dilaté, il n'est pas douloureux à la palpation.

S'appuyant sur l'âge de la malade, sur l'existence de quelques troubles gastriques, sur l'amaigrissement notable avec diminution des forces, enfin tenant surtout compte de la tumeur épigastrique, on formule le diagnostic de néoplasme stomacal occupant probablement la face antérieure ou la petite courbure de l'organe, d'où l'absence de vomissements, et la conservation relative de l'appétit. La laparotomie est décidée.

Opération le 11 mars 1893, avec l'aide de mon collègue et assistant le Dr H. Hartmann. Incision médiane sus-ombilicale ouvrant l'abdomen immédiatement à gauche du ligament suspenseur du foie; cet organe occupe la partie supérieure de l'incision abdominale. Il adhère ainsi que l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale antérieure, à gauche de l'incision. Après décollement de ces adhérences avec le doigt, on peut amener dans la plaie l'estomac dilaté, et qui au voisinage de la petite courbure est fusionné avec le lobe gauche du foie. En ce point la paroi stomacale est manifestement infiltrée par un néoplasme. A l'aide du bistouri on sectionne un tissu dur, grisâtre, non vasculaire qui s'étend d'un point de la petite courbure peu

éloigné du cardia au bord du lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, où les adhérences étaient déjà détruites avec le doigt. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte.

Comme on constate l'existence de ganglions le long de la grande courbure, ganglions ayant les dimensions d'une noisette, on s'en tient à cette libération de l'estomac et on ferme l'abdomen par une suture à trois étages; suture au fil de soie pour le péritoine et les aponévroses, suture au crin de Florence pour les téguments.

Toutefois, avant de refermer l'abdomen et après libération du foie, je sectionnai sur la partie de la néoformation en continuité avec l'estomac une petite tranche de tissu pour le faire examiner histologiquement.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum de la température fut 37°3. L'ablation des fils à suture cutanés (crin de Florence) fut faite le 9e jour.

Au troisième pansement, c'est-à-dire le 20e jour environ, tout était absolument terminé.

La malade sortit de l'hôpital le 48e jour.

Lors de sa sortie elle souffrait encore au niveau de l'hypochondre gauche et ces douleurs ont persisté, dit-elle, pendant près de six mois. Ces douleurs apparaissaient vers onze heures du matin et cessaient le soir, en même temps se produisaient des vomissements aqueux. Appétit toujours diminué avec dégoût du vin et de la viande.

Puis peu à peu ces accidents disparurent et actuellement (3 mars 1894) la malade ne souffre plus, mange et digère bien et sauf quelques troubles intestinaux de diarrhée, elle se porte bien et pèse 45 kilogr.

La cicatrice, longue de 8 centimètres, s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A son niveau on ne constate ni éventration, ni induration, pas de douleurs abdominales, pas de tuméfaction rofonde appréciable.

Remarques. — Comme on peut le remarquer de suite, l'état actuel de notre opérée n'est nullement l'état d'une femme atteinte d'une lésion organique de l'estomac. Ceci s'explique, en effet, par le résultat de l'examen histologique du fragment de tumeur que j'ai incisé. Celui-ci est formé exclusivement par des tissus fibreux et ne contient pas de traces de néoplasme épithélial, ainsi que l'a constaté M. le Dr Morax, alors mon interne.

Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme malin de l'estomac, mais bien d'un véritable néoplasme inflammatoire.

Quelle pouvait être l'origine de cette tumeur inflammatoire ? La chose est assez difficile à résoudre, toutefois on peut penser à la pathogénie suivante :

Ulcère de l'estomac siégeant vers la petite courbure et ayant, par suite de poussée péritonique, donné naissance à des adhérences multiples à la paroi abdominale antérieure et au lobe gauche du foie. Ces adhérences ont déterminé ces masses dures prises pour une néoformation épithéliale. Puis l'ulcère a guéri et probablement par suite de la libération opératoire du foie et de l'estomac, les fonctions se sont rétablies peu à peu à l'état normal.

Observation XVII. — *Terrier*. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1894. — P. 693.

Troubles gastriques anciens. — Hématémèse. — Vomissements. — Laparotomie. — Section d'adhérences entre l'estomac et le foie. — Guérison des accidents digestifs.

Mme Louis G..., née Clémentine B..., ménagère, âgée de 58 ans, demeurant à Paris, entre le 4 mai 1894, dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Il y a dix ans, au moment de la ménopause, la malade fut prise de vomissements survenant presque après chaque repas ; ils étaient alimentaires et succédaient à une pesanteur d'estomac. Ces accidents durèrent trois mois, sans d'ailleurs amener un amaigrissement de la malade, puis s'amendèrent.

Elle put alors reprendre ses occupations et pendant deux années sa santé fut assez bonne.

Au bout de ce temps nouveaux vomissements alimentaires durant quelques jours, mais, fait important à noter, c'est qu'à cette date la malade fut prise subitement, dans la journée, d'une abondante hématémèse.

Le régime lacté lui fut conseillé mais le liquide était aussitôt vomi, si bien que, au bout de huit jours, on dut avoir recours aux lavements nutritifs, qui furent continués quatre jours. A ce moment les selles de la malade furent fortement colorées en noir par du sang ; il y eut du melæna.

La malade put ensuite s'alimenter peu à peu et fit un séjour au bord de la mer de trois mois, mangeant bien et ne ressentant plus rien du côté de l'estomac.

Pendant trois années, Mme L... resta bien portante, lorsqu'au mois d'octobre dernier (1893) elle fut prise de vomissements

alimentaires; parfois il y eut des vomissements aqueux, jamais bilieux ou teintés de sang.

Malgré le traitement qui lui fut prescrit et consistant surtout dans l'ingestion de cachets médicamenteux, la malade continua à vomir, d'une façon en quelque sorte intermittente, ressentant alors et pour la première fois des douleurs sourdes à la région épigastrique, douleurs d'ailleurs non continues. Enfin la malade maigrit d'une façon notable.

Les antécédents sont à peu près négatifs, sauf des crampes d'estomac accusées dès la jeunesse.

L... a eu quatre enfants qui vivent tous. Elle a perdu ses frères et ses sœurs en bas âge; sa mère est morte, probablement de la grippe, à la Salpêtrière; elle ignore la cause du décès de son père. Mme L... fut mise au régime lacté et exclusif, dès son entrée à l'hôpital, et les vomissements furent un peu calmés. L'amaigrissement est assez notable, la malade ne pèse que 40 kilogrammes; les urines sont rares, 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures : elles sont acides, d'une densité de 1.020, renferment 18 grammes d'urée par litre, pas de sucre, pas de bile, ni d'albumine. La température oscille entre 36°8 et 37°2.

L'exploration de la région épigastrique révèle un léger empâtement, d'ailleurs indolore à la pression, et de la submatité; on y perçoit très nettement les battements de l'aorte, ce qui tient à la maigreur de la malade. Il existe des signes de dilatation de l'estomac, sonorité exagérée de la région gastrique et sensation de flot de liquide dans le ventricule avec gargouillement.

L'examen du foie est presque négatif, il paraît un peu hypertrophié ; le rein droit, par le palper bimanuel, semble un peu gros et légèrement mobile.

L'auscultation du thorax est négative, sauf un léger souffle au premier temps du cœur.

Pas de ganglions sus ou sous-claviculaires.

En somme, sauf un léger empâtement diffus de la région épigastrique à ce niveau, les phénomènes physiques sont assez peu accusés et c'est sur les accidents fonctionnels anciens et récents que nous nous appuyons pour intervenir, soupçonnant soit une néoformation, soit des adhérences à la suite d'une ulcération stomacale qui s'est manifestée par cette hématémèse unique et déjà ancienne.

L'opération fut faite le 19 mai 1894, avec l'assistance de mon collègue des hôpitaux, le Dr H. Hartmann, et de M. Jourdan, interne du service. Anesthésie au chloroforme par M. le Dr Bourbon.

Incision médiane sus-ombilicale et on passe à travers l'insertion abdominale du ligament suspenseur du foie.

On constate une petite induration au niveau de la portion cardiaque de l'estomac et surtout des adhérences lamelliformes,

fibreuses et comme formées de petites cordelettes, entre la face antérieure de l'estomac au voisinage du cardia et la face inférieure du lobe gauche du foie. Ces adhérences sont déchirées ou sectionnées; une seule saigne au niveau de sa partie stomacale et est liée avec de la soie stérilisée. D'autres adhérences existant entre la face supérieure du lobe gauche du foie et la face inférieure du diaphragme sont abandonnées.

L'examen du pylore et du côlon transverse est absolument négatif.

La section abdominale, longue de près de 10 centimètres, est réunie par deux plans de suture ; les unes profondes à la soie stérilisée et comprenant le péritoine et les aponévroses de la paroi ; les autres superficielles, au crin de Florence pour les téguments.

L'opération a duré environ trois quarts d'heure.

Pansement aseptique pur avec une compresse et de l'ouate stérilisée.

19 mai. — Le soir la malade a uriné seule. T. 37° centig. 102 pulsations. Respiration 25.

20 mai. — Cinq vomissements des liquides ingérés. 600 gr. d'urine en 24 heures. T. 36°8-37°3. Pouls 86. Respiration 25-29. Alimentation lactée.

21 mai. — T. 36°6-37°5. Respiration 25-33. 600 gr. d'urine. Pouls 78 matin et soir. Elimination de gaz par l'anus après un lavement. Lait.

22 mai. — T. 36°6-37°4. Respiration 28-31. Pouls 78. Urine 500 gr.

23 mai. — Selles abondantes après lavement. Signe de congestion pulmonaire à la base gauche, souffle ; application de ventouses sèches. Lait. T. 38°-38°2. Respiration 29-35. Urine 800 gr.

24 mai. — T. 37°4-37°6. Respiration 31, matin et soir. On applique encore des ventouses sèches. La malade présente une escharre au sacrum. Urine 500 gr.

25 mai. — T. 36°8-37°. Les signes de la congestion pulmonaire persistent. Râles fins. Ventouses sèches. Alimentation. Respiration 27-37. Urine 700 gr.

26 mai. — Ablation des crins de Florence les plus profonds. T. 36°8-37-6. Ventouses sèches.

27 et 28 mai. — T. 36°6-37°2. Bon état général et alimentation.

29 mai. — Persistance des signes de la congestion pulmonaire. Nouvelles ventouses sèches. T. 36°8-37.

2 juin. — Il n'existe plus de traces de la congestion pulmonaire. Ablation des derniers crins. Cicatrice complète de la plaie. La température est au-dessous de 37°.

18 juin. — Un petit point fistuleux s'est ouvert au milieu de la cicatrice, un mois après l'opération. L'escharre du sacrum commence à s'éliminer ; elle est assez profonde, large de quelques centimètres, et donne assez de suppuration.

25 juin. — On enlève deux fils de soie, de la suture profonde, qui s'éliminent par la fistule.

28 juin. — Ablation de deux autres fils de soie et, enfin le 30, on en enlève trois autres, et la plaie se cicatrise.

Les pansements de l'escharre au sacrum furent continués jusqu'au 6 juillet, époque de la cicatrisation complète.

La malade sortit le 3 août 1894: elle allait alors fort bien et ses troubles digestifs avaient alors complètement disparu ; l'alimentation était celle de tout le monde et le poids était de 44 kilog., soit 4 kilog. de plus qu'à son entrée à l'hôpital.

La cicatrice avait 8 centimètres de longueur sans trace d'éventration.

Mme L... fut perdue de vue jusqu'au 16 septembre suivant: à cette date, M. Hartmann et moi, nous constatâmes que la cicatrice, longue de 9 centimètres, commençait à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde et se terminait à 5 millimètres de l'ombilic. Il n'y a pas de traces d'éventration.

La palpation du ventre permet de constater qu'il est absolument souple et indolore, et qu'il ne présente aucune induration profonde.

L'appétit est bon et les digestions se font normalement; la malade mange ce qu'elle veut.

La malade a notablement engraissé et actuellement pèse 49 kilogrammes.

Observation XVIII. — *Walther* (Inédite)

Melcart Joséphine (Ve Perroche), âgée de 28 ans.

Vomissements. — Intolérance gastrique absolue.

Tumeur facilement appréciable dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane.

Diagnostic : Carcinome de la face antérieure de l'estomac.

M. Walther ne se résout à l'opération que sur les instances de M. Talamon.

Opération le 4 août 1894. Ethérisation.

Incision de 10 cent. parallèle au rebord costal gauche.

Tumeur englobant l'estomac, le foie, l'intestin.

Tentatives infructueuses de décollement. On s'arrête à cause de l'hémorrhagie en nappe.

Suture de la paroi abdominale.

Dès le lendemain la malade garde les liquides.

Sort le 16 août.

Revue le 22 décembre en parfait état général. Les digestions sont bonnes ; il n'y a plus de tumeur appréciable. Du 25 juillet au 21 décembre elle a augmenté de 21 kilos.

En mars 1897, trois ans après l'opération, la malade se porte bien.

Elle n'a jamais souffert depuis l'opération.

Depuis elle a eu un enfant.

C. Sténose pylorique

OBSERVATION XIX. — *Bond.* Lancet, 25 juillet 1896, p. 236

En octobre 1888, j'opérai une sténose du pylore avec dilatation de l'estomac et une ulcération de nature bénigne. Par suite de la profondeur de l'ulcération on jugea prudent de ne pas dilater le pylore au-delà du diamètre de l'index. Le malade s'améliora, mais mourut, onze mois plus tard, de diarrhée.

L'autopsie démontra qu'il s'était agi d'un ulcère de l'estomac dont la cicatrice avait déterminé le rétrécissement pylorique.

OBSERVATION XIX *bis. Bond* (Id.)

En mars 1894. Ancien soldat, ayant habité l'Inde ; vomissements journaliers, abondants, composés surtout de liquide. Il s'était pratiqué lui-même des lavages de l'estomac qui étaient suivis d'amélioration au moins temporaire. Il présentait tous les signes de sténose pylorique.

A l'ouverture de l'abdomen, le segment pylorique de l'estomac offrit un aspect rugueux, adhérent à la face inférieure du foie. Au toucher on constatait une hypertrophie annulaire. Après avoir ouvert l'organe suivant une incision parallèle à la grande courbure et à trois doigts du pylore, on introduisit un doigt. L'orifice pylorique ne pouvait admettre que l'extrémité du petit doigt. La dilatation fut pratiquée au moyen des dilatateurs de Hegar, puis avec les doigts jusqu'à ce que la circonférence mesurât 3 pouces 1/2. Suture de l'estomac.

Le résultat fut très satisfaisant pendant les premiers mois. La maladie disparut, et le malade gagna rapidement en poids. malheureusement cette amélioration ne se maintint pas. Il revint bientôt à son état primitif.

En mai 1895, nouvelle intervention, et la première partie du jéjunum fut anastomosée à la face antérieure de l'estomac près du pylore au moyen du bouton de Murphy.

La guérison fut rapide et le résultat de l'opération fut excellent.

En juin 1896, le malade se trouve en parfaite santé. Il a pu reprendre ses occupations. Il n'a jamais rendu le bouton.

Observation XX. *Bond* (Id.)

En avril 1894. Femme âgée de 48 ans, souffrant depuis quatre ans de vomissements. A l'ouverture de l'abdomen, le pylore est trouvé mobile, sans adhérences, mais dur. Sur la face antérieure existait une cicatrice étoilée, représentant probablement la base d'un ancien ulcère, qui, à une certaine époque, avait presque perforé la séreuse péritonéale. Incision de l'estomac. Le pylore ne pouvait admettre un crayon. Dilatation au moyen des dilatateurs de Hegar jusqu'au nº 7. Comme il ne paraissait pas pouvoir être dilaté davantage, on incisa le rétrécissement et l'on réunit la section transversalement, suivant la méthode d'Heinecke-Mikuliez. La malade guérit de l'opération, mais les accidents reparurent après la première semaine, si bien qu'une quinzaine de jours après la situation était très critique.

Nouvelle opération. Nouvelle incision de l'estomac. Le pylore était de nouveau oblitéré, admettant tout juste un nº 3 de Hégar. Mais la dilatation pouvait être portée jusqu'au nº 20 de Hégar. On introduisit alors une sonde large, molle, jusque dans le duodénum, sonde qu'on fit ressortir par l'incision stomacale et la paroi abdominale. Les bords de l'incision de l'estomac furent ramenés à l'angle supérieur de l'incision abdominale.

Par la sonde, on put nourrir la malade pendant trois jours. Au bout de ce temps, on retira le tube, et la malade se remit peu à peu. La fermeture de la plaie stomacale fut difficile; il fallut faire une suture compliquée au moyen d'une plaque de gutta-percha.

Ultérieurement, les vomissements reparurent, et la malade mourut, quelques semaines après, de cachexie. Pas d'autopsie.

Observation XXI. *Bond* (Id.)

En février 1896. — Jeune homme vingt-cinq ans. Souffre depuis trois ans de dilatation de l'estomac, avec, de temps en temps, des hématémèses abondantes. Le diagnostic fut : rétrécissement du pylore augmentant graduellement, suite d'un ulcère proche de l'orifice.

Etant donné les résultats déplorables des deux premières interventions, on se décida à pratiquer la gastro-jéjunostomie. Elle fut faite au moyen du bouton de Murphy.

L'amélioration fut rapide. Le malade augmenta rapidement de poids. Il reprit ses forces, mais se plaignait encore d'une sensation de brûlure dans la région épigastrique, sensation provenant peut-être d'un ulcère non guéri.

En juillet 1896, les douleurs ont disparu. Il n'a pas rendu le bouton.

Observation XXII. — Par le Dr *Chaput*, chirurgien des hôpitaux. Bull. de société anat. 1894. P. 914.

Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude. — Retour des accidents. — Dilatation stomacale, troubles digestifs graves. — Gastro-entérostomie. — Mort. — Un éperon s'est formé sur l'intestin et a empêché le passage des aliments. — Dilatation considérable du duodénum.

Charles R..., âgé de 49 ans; ne présente pas d'antécédents héréditaires : son père et sa mère sont en bonne santé, une sœur est bien portante.

Il a eu la variole à 5 ans : une fluxion de poitrine à 16 ans.

Son affection stomacale a débuté en 1875 et a duré six mois; au bout de ce temps il a eu une rémission qui a duré jusqu'en 1890. Les accidents ont alors reparu sans discontinuité jusqu'à l'heure actuelle.

Le début a été caractérisé par des douleurs siégeant à la région épigastrique et dans le dos, surtout à l'épaule droite. Ces douleurs étaient très violentes et continuelles. Elles survenaient après ou pendant les repas, quelquefois aussi pendant la nuit.

Les vomissements étaient alimentaires et aqueux, mais les aliments n'étaient point modifiés. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu des vomissements noirâtres. Les selles étaient irrégulières avec une forte constipation ; elles étaient espacées tous les quatre à cinq jours, en forme de boules, mais jamais noirâtres comme les melœnas.

Il existait aussi tout un ensemble de troubles simplement dyspeptiques; après les repas survenaient des tiraillements d'estomac, des éructations gazeuses, tantôt acides, tantôt rappelant l'odeur d'œufs pourris, il y avait aussi un ballonnement considérable de l'estomac. Néanmoins l'appétit était conservé et il n'y avait aucun dégoût de la viande ni des aliments gras.

L'amaigrissement faisait de rapides progrès ; le malade s'affaiblissait et prenait une teinte jaune paille très apparente sur la peau et sur la conjonctive.

Cette première période dura six mois pendant lesquels le malade fut soigné en province ; puis il y eut une rémission progressive des symptômes qui s'atténuèrent jusqu'en 1890.

La rechute fut signalée par l'apparition des douleurs épigastriques et à l'épaule produisant la sensation d'embrochement ; les vomissements étaient plus fréquents qu'au début, mais toujours uniquement alimentaires, sans coloration noirâtre. La constipation était aussi rebelle; les éructations plus fortes et plus fréquentes. La teinte jaune apparut de nouveau.

De 134 livres, le poids du malade tomba à 104. Il survint

de l'œdème aux pieds et aux jambes, surtout le soir, quand le malade était fatigué. Jamais de fièvre. L'appétit était cependant conservé, même pour la graisse et la viande.

Il entra à St-Antoine le 18 novembre 1892 ; on constata les symptômes précédents, et en plus une tumeur épigastrique avec ascite pour laquelle on fit une ponction qui retira six litres et demi de liquide. M. Brissaud porta alors le diagnostic de cancer stomacal, soumit le malade au traitement par le chlorate de soude ; l'amélioration fut telle que l'observation fut publiée comme exemple de guérison du cancer de l'estomac par le chlorate de soude. Plusieurs mois après, M. Delpeuch, ayant été appelé à diriger le service de St-Antoine, fit faire l'examen du suc gastrique : on trouva de l'hyperchlorhydrie et on posa la diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Depuis ce moment le malade traversa des alternatives de mieux et de pire, il finit par entrer à la Salpêtrière le 3 décembre 1894.

A l'entrée le malade accusait les symptômes suivants : douleurs très violentes et continues à l'épigastre et dans l'épaule droite. Pour les atténuer le malade est obligé de se courber dans le décubitus latéral.

Les vomissements sont plus fréquents, 7 à 8 par jour ; ils viennent indifféremment à toute heure de la journée. Les aliments sont rendus intacts et sans coloration noirâtre. Constipation. L'œdème et la teinte jaune ont disparu, mais la peau est pâle et un peu bouffie. Les renvois sont plus fréquents, et les phénomènes dyspeptiques plus accusés, le sommeil mauvais.

L'appétit est conservé, il n'y a pas de fièvre. Le malade a un aspect cachectique assez prononcé ; la faiblesse est très-grande, le poids du malade est de 112 livres.

L'estomac est très tendu par les gaz. Il est le siège d'un tympanisme qui s'étend jusqu'au dessous de l'ombilic. La percussion est très douloureuse. On obtient facilement le clapotement.

Au dessus de l'ombilic on constate la présence d'une tumeur large comme la main, mal limitée, diffuse, non mobile, sonore à la percussion, qui paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

L'appareil pulmonaire est intact ; pas d'antécédents bacillaires.

Opération le 5 décembre. — Laparotomie médiane.

Je constate immédiatement que tout le bord supérieur de l'estomac est fixé au foie par de fortes adhérences. Une énorme tumeur paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

J'effondre le grand épiploon entre l'estomac et le côlon transverse ; même manœuvre sur le méso-côlon transverse.

Je cherche, je trouve et j'attire en haut la première anse jéjunale.

J'incise l'intestin entre deux compresseurs et j'en fais l'hémostase avec mes pinces en cœur; même manœuvre sur l'estomac qui est ouvert au niveau de sa face postérieure. Cet organe est vidé à l'aide d'une grosse seringue de Guyon, munie d'un gros tube de caoutchouc. Il contenait deux ou trois litres d'un liquide noir, contenant en suspension des grains analogues à du marc du café.

J'essaie d'abord de placer un bouton analogue à celui de Murphy, mais cet instrument présentait quelques défauts de construction, j'y renonce et j'exécute simplement la gastro-entérostomie avec un double étage de sutures (un étage séro-séreux, et un étage perforant muco-muqueux). L'orifice mesure 4 à 5 cent. de longueur environ.

J'entoure ensuite les sutures d'un collier de gaze iodoformée, et enfin, je fixe par des sutures les fragments d'épiploon adhérents à l'estomac : je fixe, dis-je, ces fragments à l'intestin grêle.

Explorant de nouveau par le palper l'estomac, je cherche à me mieux rendre compte de la tuméfaction perçue, au début de l'opération : je constate l'existence d'une masse énorme, du volume des deux poings environ, siégeant à la paroi postérieure de l'estomac. Pour avoir un diagnostic exact, je fais à la paroi stomacale antérieure une incision de 3 cent., par laquelle j'introduis le doigt dans l'estomac. Je trouve alors que la paroi stomacale postérieure est soulevée par une masse énorme située au-devant de la colonne. Je trouve aussi un orifice du volume d'une pièce de 5 francs, qui conduit dans une cavité ayant à peu près les dimensions d'une mandarine, cavité qui paraît creusée dans l'épaisseur du pancréas. L'orifice pylorique siège à la partie la plus élevée de l'estomac, il regarde directement en arrière; il admet à peine l'index, et est limité par une sorte de diaphragme d'instrument d'optique.

L'incision stomacale est fermée par un triple étage de sutures. L'opération ayant duré très longtemps, je ne jugeai pas à propos de faire une jéjuno-jéjunostomie avec ligature à la gaze iodoformée sur le bout supérieur entre les deux anastomoses (gastrique et jéjuno-jéjunale).

Suture de la paroi abdominale à trois étages. Les deux premiers jours le malade alla fort bien. Le 7 décembre, il présenta des vomissements noirâtres non bilieux ; je supprimai toute alimentation buccale et j'ordonnai pour chaque jour trois lavements alimentaires et trois lavements d'eau bouillie.

Le malade mourut le 8 décembre au matin.

Je pratiquai moi-même l'*autopsie*. L'estomac, considérablement distendu par les gaz, descendait jusqu'au pubis. Le péritoine était parfaitement normal sans la moindre trace d'injection ni d'épanchement.

Je constate alors que les deux bouts d'intestin au niveau de l'anastomose sont accolés en canons de fusil sur une

hauteur de 3 à 5 cent. En examinant les choses par l'intérieur de l'estomac, je constate l'existence d'un éperon sur l'intestin séparant l'orifice des bouts supérieurs et inférieurs.

L'orifice du bout supérieur est plus large que l'autre, et le bout supérieur ainsi que le duodénum sont très délicats.

Les sutures sont parfaitement suffisantes.

Je constate à nouveau l'état du pylore, la perforation stomacale et l'abcès situé dans l'épaisseur du pancréas.

Observation XXIII. — *Chaput.* Société médicale des hôpitaux, 31 Janvier 1896. (D'après la Presse médicale)

Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse. — Gastro-entérostomie. — Disparition des accidents et persistance de la tumeur.

La malade, âgée de 34 ans, a été soignée, il y a un an et demi, à Saint-Antoine, pour une dilatation de l'estomac avec ulcère gastrique. Depuis lors, elle souffre davantage; les douleurs sont plus vives un quart d'heure après le repas. Elle vomit fréquemment ses aliments. Pas d'hématémèse proprement dite, mais on trouve dans ses vomissements un peu de poussière noire comme du marc de café.

La malade resta quelques mois sans souffrir, et elle s'aperçut par hasard, de la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la région ombilicale.

En juillet 1895, les douleurs stomacales reprennent, ainsi que les vomissements alimentaires. La tumeur ombilicale augmente de volume et devient douloureuse. La malade entre à Tenon, en médecine, chez M. le Dr Florand, puis en chirurgie, salle Delessert.

A l'examen, on trouve un ventre rétracté, en bateau; une tuméfaction anormale fait saillie à l'ombilic.

A la palpation, on constate que cette tumeur est à peu près large comme la paume de la main : elle siège derrière la paroi abdominale; elle est mobile de haut en bas quand la malade respire ou quand on pousse la tumeur avec les doigts.

La pression sur cette tumeur est douloureuse; l'estomac est dilaté, il descend à trois doigts au-dessous de l'ombilic. On obtient le clapotement à la palpation et à la succussion.

Depuis son entrée dans le service, la malade vomit presque tous les aliments; elle est très amaigrie, mais son facies est assez bon.

Rien au poumon, ni au cœur, ni dans les urines.

Le 28 août 1895, je fais la laparotomie médiane. Je constate que la région pylorique est le siège d'une énorme tumeur, du volume du poing environ, très épaisse, et qui a tous les caractères extérieurs d'un carcinome.

J'exécute la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de la suture à trois étages. Pour éviter l'effusion des liquides stomacaux dans le ventre, je fais la suspension de l'estomac avec des fils passés à travers ses parois.

Je lie ensuite le bout supérieur de l'intestin à la gaze iodoformée et je pratique au-dessous de cette ligature une entéro-anastomose pour rétablir le cours de la bile.

Je suture enfin l'orifice mésocolique à l'estomac pour éviter la hernie des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons.

La malade a guéri très rapidement. Je l'ai revue le 15 janvier dernier. Depuis l'opération elle n'a plus vomi ; la tumeur persiste avec le même volume, mais indolente. La malade a encore l'estomac dilaté ; elle mange des aliments solides et les digère, elle a sensiblement engraissé. Étant donnés l'âge de la malade et la longue survie après l'opération, il semble qu'on puisse éliminer à peu près le cancer de l'estomac.

Observation XXIV. — *Curtis.* Annals of Surgery. 1894. P. 176.

Homme de couleur, 37 ans, matelot.

En avril 1893, cet homme avait commencé à ressentir des souffrances après ingestion des aliments. Le mois suivant, il commença à vomir de la nourriture, des mucosités et une substance analogue à du « café écrasé », qu'il pensait être de la nourriture. Tout à fait incapable de travailler et dans un état de cachexie avancé, le malade entre à l'hôpital des cancers, à New-York, en mars 1894. Comme antécédents, il avouait la syphilis et des excès alcooliques.

Les vomissements avaient lieu à des intervalles parfaitement réguliers, une fois par jour, après chaque troisième ou quatrième repas, sans nausées. La quantité de mucus contenu dans les vomissements était petite. Le vomissement soulageait la souffrance.

Les lavages de l'estomac n'amenèrent aucune amélioration. L'examen du suc gastrique indiqua une diminution de l'acide chlorhydrique. On porta le diagnostic de rétrécissement du pylore, probablement d'origine bénigne.

Le Dr Curtis pratiqua la laparotomie en mars 1894. Incision médiane et incision transversale tombant à angle droit sur la précédente. Incision exploratrice de l'estomac, qui permet d'apercevoir un ulcère, à bords taillés à pic, entourant le pylore. L'ulcère mesurait plus de 4 centimètres du bord intestinal au bord gastrique.

L'incision fut étendue le long du pylore, parallèlement à son axe, puis on réunit les deux extrémités de l'incision, suivant la méthode de Heinecke-Mikulicz, par des sutures à la

soie. Le nouvel orifice, ainsi constitué, mettant en communication l'estomac et le duodénum, laissait facilement passer deux doigts. On éprouva une certaine difficulté à fermer l'angle supérieur de l'incision de l'estomac à cause de l'épaisseur et de la friabilité des parois.

Le malade se rétablit bien. Pendant 4 jours, il fut nourri par le rectum, puis prit de la nourriture liquide, et actuellement, un mois après l'opération, il est soumis au régime de l'hôpital. Les vomissements et les souffrances ont disparu. Son poids a augmenté.

Observation XXV. — *Czerny et Rindfleisch.* Beiträge zu klin. Chirurgie, 1892, p. 674.

Mme W..., âgée de 31 ans, souffre depuis dix ans de douleurs d'estomac; en même temps elle a eu des hématémèses: constipation. Depuis un an et demi les symptômes se sont aggravés et la malade a beaucoup maigri.

Etat actuel. — La malade, très amaigrie, présente à 2 cent. au-dessus de l'ombilic une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur descend lorsque l'estomac se remplit, et dans les inspirations profondes. Les vomissements ont une réaction fortement acide, mais on ne trouve pas d'acide chlorhydrique libre.

Diagnostic : cancer du pylore.

Opération le 11 février 1885. — On détache le grand et le petit épiploon en posant sur le premier onze ligatures, sur le second, huit. La tumeur est réséquée. On suture le duodénum avec l'estomac.

La partie réséquée est longue de 13 cent. au niveau de la grande courbure dont 9 cent. pour l'estomac; le reste pour le duodénum; au niveau de la petite courbure la longueur est de 5 cent. On trouve tout près du pylore sur la petite courbure un ulcère grand comme un noyau de cerise, avec des bords épaissis, un fond uni, légèrement hémorrhagique. Le pylore est transformé en une fente oblique laissant à peine passage au petit doigt. On trouve sur la grande courbure près du pylore une petite cavité dont le fond et les bords sont entourés par du tissu cicatriciel qui présente quelques petites ulcérations. Le reste de la muqueuse stomacale est hypertrophié, mamelonné et très congestionné.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une hypertrophie inflammatoire développée sur le fond d'un ulcère simple.

11 février. — 87 pulsations à la minute. La malade prend de la glace, du vin ; et on lui donne des lavements nutritits.

12 février. — Le matin, la malade se porte bien ; le soir

surviennent quelques éructations ; l'haleine est fétide. Le pouls est petit. Douleur et sensation de pesanteur dans le ventre.

Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus petit, la respiration haletante, la langue sèche. La température, qui montait lentement, atteint, le 15 février, 40°3. La malade meurt.

Autopsie. — Cœur friable, coloration brun pâle ; taches ecchymotiques sur le péricarde. Pneumonie hypostatique. Péritonite localisée au champ opératoire. A la partie postérieure de la ligne de suture le duodénum est sphacélé et laisse passer l'eau.

L'âge de la malade (31 ans), la longue durée de la maladie (10 ans), l'absence de ganglions auraient évidemment pu faire penser à un ulcère simple. Mais l'aggravation rapide de la maladie dans les derniers temps, l'absence d'acide chlorhydrique libre firent pencher le diagnostic vers le cancer développé sur un ancien ulcère simple, et décidèrent l'opération. Les fortes adhérences avec le duodénum nécessitèrent une résection très étendue ; d'autre part le duodénum fortement rétracté et atrophié en aval de la sténose ne se laissait que difficilement attirer vers l'orifice stomacal. Aussi la réunion du duodénum et de l'estomac ne fut pas aussi exacte qu'elle aurait dû l'être et la distension favorisa la gangrène. Si l'on avait pu établir plus tôt le diagnostic on aurait essayé de faire une excision du tissu cicatriciel moins étendue, et le procédé d'Heinecke-Mikulicz aurait donné un résultat plus satisfaisant. La gastro-entérostomie aurait été également préférable.

Observation XXVI. — *Czerny et Rindfleisch.* Beiträge zu klin. Chirurgie 1892, p. 678.

Catherine N..., âgée de 45 ans, a commencé à souffrir de l'estomac il y a treize ans. Une diète appropriée l'a améliorée considérablement. Mais il y a cinq ans les douleurs reparurent, et au mois de septembre 1888 elles deviennent plus vives et apparaissent même lorsque l'estomac est vide. En même temps la malade présente des éructations, de la constipation et un amaigrissement. Depuis deux mois on constate l'existence d'une tumeur qui grossit peu à peu.

Etat actuel, 24 janvier 1889. — La malade est pâle et assez amaigrie, mais mange encore assez bien. Dans la région épigastrique, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur dure, longue de 6 cent., large comme le doigt, obliquement dirigée. Cette tumeur est lisse, nettement pulsatile, sans souffle. Lorsque l'estomac est fortement distendu la tumeur se déplace en bas et à droite de l'ombilic. La grande courbure est à trois travers de doigt de l'ombilic. Pas d'acide chlorhydrique libre.

Le diagnostic était hésitant entre un cancer et une tumeur de la petite courbure (anévrysme de l'artère coronaire?)

Opération le 28 janvier. — Après avoir fait une incision médiane, on arrive très facilement à atttirer l'estomac. Le pylore présente une induration circulaire large de deux cent.; celle-ci s'étend le long de la petite courbure jusqu'à cinq centimètres du pylore. Le péritoine au niveau de l'induration est plus lisse, plus épais et plus adhérent. L'estomac est dilaté, ses parois sont hypertrophiées.

Considérant la tumeur comme un squirrhe, je procédai à la ligature du petit et du grand épiploon. Après avoir fixé l'estomac et le duodénum, je réséquai la tumeur. L'estomac fut ensuite réuni au duodénum par deux rangées de points de suture. L'ouverture stomacale fut rétrécie et la suture d'anastomose complétée.

La partie réséquée mesure 12 cent. 1/2 de long., 2 cent. appartiennent au duodénum. Le pylore laisse à peine passer un crayon. L'induration est due à l'hypertrophie de la musculeuse qui présente une épaisseur de un cent. La muqueuse présente, également un peu d'hypertrophie, mais au niveau du pylore elle est atrophiée; au niveau de la petite courbure existe un ulcère de la grosseur d'une lentille.

Examen microscopique. — Hyperplasie cellulaire de la muqueuse stomacale qui présente les caractères d'un sarcome avec grosses cellules sarcomateuses.

La période post-opératoire se passa sans autre accident qu'une légère parotidite droite (oreillons) et la malade partit chez elle le 23 février 1889. La malade se portait encore bien au mois de mai. Elle mourut au mois de septembre à la suite d'une sténose du duodénum.

Le diagnostic qui restait hésitant, même après l'examen microscopique de la pièce, entre un sarcome diffus et une hyperplasie essentielle développée sur un ancien ulcère, fut définitivement établi à l'autopsie qui démontra qu'il s'agissait d'une hyperplasie essentielle.

La mort était due à une inflexion et à une rétraction cicatricielle du duodénum. La malade avait refusé une gastro-entérostomie.

Observation XVII. — *Czerny* et *Rindfleisch*.

Beiträge zu klin. Chirurgie, 1892, p. 680.

Madame K..., âgée de 50 ans. — A eu à l'âge de 20 ans une maladie d'estomac dont elle guérit. En 1887 elle recommença à souffrir. En 1888 elle eut du ballonnement du ventre qui disparut à la suite d'une diarrhée. Au mois de septembre

1888, vomissements liquides, ayant une saveur acide. Depuis 1889, la diarrhée fait place à la constipation, en même temps qu'apparaissent de la perte d'appétit et un amaigrissement de 60 livres.

On constate à la clinique médicale, en 1889, 3 juillet, que le ballonnement du ventre au-dessous de l'ombilic est dû à la présence de l'estomac, dont la grande courbure descend jusqu'à la symphyse, et la petite se trouve au niveau de l'ombilic. On trouve à droite de l'ombilic une induration profonde. Le suc gastrique contient un excès d'acide chlorhydrique, Le 10 juillet on peut mieux préciser la tumeur qui apparaît grosse comme un marron, dure, mobile, et non pulsatile.

On transporte la malade à la clinique chirurgicale le 9 octobre, tout traitement médical restant sans résultat.

Opération le 12 octobre 1889. — A l'ouverture du ventre, on trouve une induration circulaire du pylore à gauche de l'ombilic, tandis que la première portion du duodénum descend obliquement du bord du foie vers le pylore. Le pylore est réséqué dans une étendue de 7 c. 1/2 en haut, et de 7 c. en bas, dont 2 c. appartiennent au duodénum.

Examen de la pièce. — Le pylore rétréci permet de passer un crayon et on trouve trois ulcères superficiels sur la muqueuse stomacale qui présente un état mamelonné.

La malade tombe le soir même dans le collapsus, et malgré le vin, le cognac, la température tombe à 35°5. Le 13 octobre la malade meurt à midi.

Observation XXVIII. — *Czerny* et *Rindfleisch.* Beiträge zu klin. Chirurgie. 1892. P. 681.

Georges St..., 44 ans, a toujours été bien portant jusqu'à il y a trois ans. A cette époque, il ressent une sensation de déchirure au niveau de l'estomac, des douleurs de tête, en même temps qu'apparaissent de l'œdème des jambes et une tumeur de la grosseur d'une pomme au dessus de l'ombilic. Tout disparaît au bout de quelques mois et reparaît après un an avec les mêmes caractères, mais la tumeur est plus considérable. Le 17 mars 1890, on trouve à l'examen du malade, à part un souffle systolique à la pointe du cœur, tous les organes thoraciques sains. Au niveau de la région ombilicale existe une tumeur de la grosseur du poing, dure, lisse, mobile, se laissant déplacer surtout en haut et à gauche. Elle suit les mouvements respiratoires, n'est pas douloureuse à la pression et ne présente pas de fluctuation.

Opération 24 mai 1890. On sépare du grand épiploon une tumeur du volume du poing; elle adhère par sa base à la

grande courbure de l'estomac; pour l'enlever, on est obligé d'exciser une partie du pylore dans une étendue de 11 cent. au niveau de la grande courbure et de 1 cent. au niveau de la petite; on enlève avec cette partie du pylore deux ulcères ronds, dont l'un présente une base fortement infiltrée et indurée. Puis on réunit l'estomac avec le duodénum.

Diagnostic anatomique : Myxosarcome de la grande courbure de l'estomac et deux ulcères ronds dans la paroi postérieure.

24 mai. — Coliques dans la région gastrique; tuméfaction. Deux lavements nutritifs.

Les jours suivants, amélioration progressive. L'appétit revient et le malade quitte l'hôpital en bonne santé le 1er juillet.

Son état satisfaisant a pu être constaté en 1891.

Observation XXIX. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, *Doyen.* (P. 331 et suivantes), 9 mai 1892.

Femme, 35 ans. Vomissements alimentaires. — Hématémèses. — Melæna. — Douleurs térébrantes.

Diagnostic. — Ulcère de l'estomac et sténose pylorique.

Laparotomie. Destruction de nombreuses adhérences entre le pylore, le foie, la vésicule, etc. Incision longitudinale de l'estomac en amont du pylore. Exploration digitale du sphincter, qui est le siège d'une sténose cicatricielle. L'incision longitudinale de l'estomac est prolongée sur le pylore. — Les deux extrémités de cette incision sont rapprochées par deux anses de fil et la réunion pratiquée transversalement par un triple sujet.

Guérison.

Ultérieurement reproduction de la sténose.

Gastro-entérostomie.

Guérison.

Observation XXX. *Doyen* (Id.)

Femme 55 ans.

Vomissements alimentaires ou sanguinolents. Ectasie gastrique considérable. Cachexie progressive. Pas de tumeur. Résistance de la région pylorique.

Diagnostic : cancer du pylore.

Opération le 23 mai 1892.

Laparotomie. Le pylore est réduit à un cordon fibreux du volume du petit doigt. Incision longitudinale du pylore prolongée sur l'estomac et le duodénum. Réunion transversale.

Sténose cicatricielle du pylore.

Mort dans l'adynamie le 4 juin 1892.

Observation XXXI. *Doyen* (Id.)

Ulcère calleux du pylore et du duodénum. Sténose consécutive.

9 juin 1892. Homme, 40 ans. — Début à l'âge de 18 ans. Hématémèse à 22 ans. Depuis cette époque tous les symptômes de l'ulcère rond. Plusieurs hématémèses presque mortelles. Régime lacté permanent. Signes de sténose pylorique progressive. Le malade vient d'avoir une nouvelle hématémèse très copieuse et souffre de douleurs violentes. Faiblesse extrême.

Laparotomie. — Le pylore et la première portion du duodénum sont transformés en une énorme masse calleuse adhérente aux organes voisins. Le rétrécissement a 8 centimètres de long. La première anse du jéjunum est herniée au travers d'une boutonnière du méso-côlon transverse, et nous pratiquons la gastro-entérostomie à la face postérieure de l'estomac près de la grande courbure. Les sutures terminées, le jéjunum est attiré au-dessous du méso-côlon et le pourtour de l'orifice gastrique fixé aux lèvres de la boutonnière mésentérique.

« Les douleurs disparurent le jour même de l'opération. Au bout de deux semaines, le malade qui, depuis près de vingt ans, ne vivait que de laitage et d'eau de Vichy, mangeait avec appétit et digérait ses aliments. Jamais hématémèse ni melœna n'ont reparu. La guérison date de plus de deux ans ». (Loc. citat., p. 12).

Observation XXXII. *Doyen* (Id.)

Ulcère de l'estomac. — Sténose pylorique

30 juillet 1892. Femme 23 ans.

Gastralgie et vomissements depuis six années. Exacerbation à chaque époque menstruelle et pendant les grossesses (avortement en 1890. Accouchement en 1891 et nouvel accouchement en 1892). Hématémèses et melœna. Emaciation et faiblesse extrême.

Laparotomie. Quelques adhérences. La paroi antérieure de l'estomac est saine. Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison. — Peu de temps après l'opération le malade digérait du lard et des oignons crus.

Observation XXXIII. *Doyen* (Id.)

Ulcère de l'estomac. — Sténose pylorique. — Pylorectomie et gastro-entérostomie.

28 novembre 1892. Homme 22 ans.

Crises gastralgiques depuis 7 ans. Vomissements alimentaires depuis 3 ans ; jamais d'hématémèses. Les vomissements deviennent journaliers. Le pylore semble refuser même les liquides. Amaigrissement et faiblesse extrême. Antécédents : contusion violente du thorax à 14 ans, 1 an avant le début des souffrances.

Laparotomie. Nombreuses adhérences de la région pylorique. Section de l'estomac en amont d'une masse calleuse énorme. Fermeture de l'estomac. Impossibilité d'isoler la masse calleuse qui se prolonge sur la deuxième partie du duodénum. *Fermeture du bout inférieur. Gastro-entérostomie antérieure.*

Guérison.

Observation XXXIV. *Doyen* (Id.)

Ulcère calleux du pylore. (Pylorectomie et gastro-entérostomie.)

16 juillet 1893 Tumeur mobile du pylore. Ectasie gastrique. Vomissements journaliers. Amaigrissement extrême. Syncopes fréquentes. Délire cachectique.

Diagnostic : cancer du pylore.

Laparotomie. La tumeur est isolée aisément. *Fermeture du duodénum, de l'estomac* et gastro-entérostomie antérieure. A l'examen de la pièce, aucune trace de dégénérescence cancéreuse. Il s'agissait d'un énorme ulcère.

Affaiblissement progressif

Mort au bout de 48 heures.

Observation XXXV. — *Dreydorff.* Beiträge zu klin. Chirurgie. 1894. XI. P. 333.

Sténose du pylore consécutive à un ulcère. — Pyloroplastie. — Guérison.

Julie O..., quarante-six ans. Depuis dix à douze ans, la malade se plaint de nausées, et de renvois acides après ses repas. Alternatives de mieux et de pis. Tous les médicaments restaient sans action. A ces troubles dyspeptiques se joignaient,

ces quatre dernières années des vomissements. La quantité d'aliments que la malade pouvait digérer diminuait de plus en plus. Il y a six mois ces troubles s'accentuèrent davantage en même temps qu'apparurent des douleurs gastriques très violentes et que les vomissements devinrent de plus en plus fréquents. Le massage, par lequel on traitait la malade à ce moment, était tellement mal supporté, que la malade ne pouvait plus manger que du lait et des œufs. Le Dr Kusmaul, qu'elle consulta à ce moment, ordonna des lavages d'estomac; ceux-ci amenèrent pendant quelques jours un soulagement considérable.

Le 19 octobre 1892, elle entra dans la clinique chirurgicale.

État actuel : La malade est pâle, amaigrie, elle pèse 45.7 kilos. Aucun stigmate de scrofule, ni de syphilis. Pas d'œdème; rien du côté des poumons. La matité du foie et de la rate ne sont pas augmentés. Ventre légèrement ballonné. Pas d'ascite. On trouve à droite de l'ombilic, près du rebord des fausses côtes, une tumeur arrondie, dure, du volume d'une pomme. Elle est mobile, et pendant l'inspection peut se déplacer de deux travers de doigt en bas. Elle semble ne pas adhérer au foie, car il est possible de l'empêcher de remonter avec cet organe au moment de l'inspiration. Après lavage de l'estomac, et l'ingestion d'une certaine quantité d'eau, on trouve la limite inférieure, la malade étant debout, à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. A ce moment la tumeur se déplace un peu à gauche. Clapotement facile à constater. Pas de douleurs à la pression. Le suc gastrique contient moins d'acide chlorhydrique que normalement (0,985 ‰).

Diagnostic : Sténose du pylore consécutive à une tumeur (probablement ulcère avec hypertrophie), dilatation secondaire de l'estomac.

Opération le 21 octobre 1892. Incision médiane longue de 11 cent. On découvre l'estomac; le pylore est couvert de fausses membranes, et le duodénum est attiré vers la petite courbure par du tissu cicatriciel. La tumeur n'est autre chose que la vésicule biliaire très dure, probablement remplie de calculs, elle adhère de même que le côlon transverse à l'estomac. On la décolle, on la rejette au dehors, puis on fait la pyloroplastie suivant la méthode d'Heinecke-Mikulicz. L'incision appartient sur une étendue de 2 cent. à l'estomac et de 1 cent. 1/2 au duodénum. On excise avec les ciseaux une cicatrice fibreuse qui rétrécit l'orifice pylorique et imprime au pylore un certain degré de courbure. Suture transversale de l'incision longitudinale. Fermeture de la cavité abdominale. Durée de l'opération : 1 heure 5 minutes.

Aucun accident pendant toute la période qui suit l'opération.

Le 20 novembre, la malade sort complètement rétablie.

Au mois de mai 1893, c'est-à-dire six mois après l'opéra-

tion, la malade jouit d'une santé florissante, pèse 55 kilos (augmentation de 9 kilos 3). Elle ne présente plus de troubles digestifs, mange et digère tout, fait des promenades de 3 heures. Elle est mariée depuis le mois de mars.

Observation XXXVI. — *Dreydorff*. Beiträge zu klin. Chirurgie. 1894. — XI, p. 333.

Ulcère de la petite courbure. Périgastrite Sténose pylorique ; dilatation secondaire de l'estomac. Pyloroplastie. Guérison.

Madame Mina M..., âgée de 30 ans, se plaint depuis neuf ans de douleurs, de crampes au niveau du creux épigastrique, douleurs qui augmentent peu à peu d'intensité. Depuis trois à quatre ans s'y joignent des vomissements. Tous les deux jours elle vomit de grandes quantités d'aliments, mais elle n'a jamais eu d'hématémèse ni de melœna. Ces dernières années, ses forces ont diminué d'une façon considérable et l'amaigrissement a été très accentué. Au printemps 1892 la malade consulta le Dr Kusmaul, et entre très affaiblie dans la maison de santé de Heidelberg; elle pèse alors 43 kilos. Sous l'influence du repos, des lavages et de la diète, elle reprit des forces, et les douleurs disparurent par le sous-nitrate de bismuth. La malade sortit de l'hôpital au mois de juillet. Les lavages de l'estomac qui avaient donné d'abord de bons résultats furent négligés par la malade, et l'état s'aggravant de nouveau, elle revint consulter le Dr Kusmaul. A ce moment la malade présentait un peu de périgastrite; mais les élévations de température disparurent bientôt sous l'influence d'un traitement approprié. La tumeur diminua et la dilatation devint moins prononcée jusqu'au 12 janvier 1893, où avec l'association de tous les symptômes précédents se produisit une hématémèse abondante. Les hémorragies se reproduisaient après chaque lavage et les douleurs étaient exagérées par la moindre quantité d'aliments. La malade se décida à entrer à la Clinique chirurgicale en vue d'une opération.

Etat actuel. — La malade, de taille assez grande, très anémiée, très amaigrie, pèse 45 kilos 5. Pas d'œdème, pas d'engorgement ganglionnaire. Poumons et cœur normaux. Le ventre un peu ballonné, avec des parois abdominales flasques, présente une tumeur ovoïde, transversalement dirigée, dont la grosse extrémité se trouve à gauche dans l'hypogastre et la petite monte vers le rebord des fausses côtes. On sent à la palpation de cette tumeur molle, élastique, un clapotement

très net. Immédiatement au dessus de l'ombilic se trouve une tumeur dure, très douloureuse à la pression, qu'on peut déplacer latéralement, mais qui ne bouge pas pendant les mouvements respiratoires. Elle mesure 6 cent. de large sur 4 cent. de haut. A la percussion, au dessus de la tumeur, son tympanique un peu sourd, de même qu'au dessous; sur les côtés, sonorité intestinale. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide lactique, des acides gras, des sarcines et des cristaux d'hémine. HCl était de 4 °/₀₀ au début, puis, pendant les lavages, de 2.5 °/₀₀, et, après l'administration du bismuth, de 1 °/₀₀.

Diagnostic : Ulcère simple de l'estomac, périgastrite, sténose cicatricielle du pylore et dilatation de l'estomac.

Opération le 17 janvier 1893 : anesthésie par le chloroforme, l'éther et la morphine. Incision médiane de 10 cent. On arrive sur l'estomac, dont la petite courbure est épaissie dans le voisinage du pylore et recouverte par une partie indurée du grand épiploon. Le pylore, rétréci, est déplacé en haut et en dedans, tandis que la partie pylorique de l'estomac s'est allongée. L'infiltration s'étend à toute la partie supérieure de l'orifice pylorique, de telle sorte que le 1/3 inférieur seulement est mou et mobile. Incision horizontale dans cette partie sur une étendue de 2 cent. L'exploration de la face interne de l'estomac permet de constater au niveau de la petite courbure un ulcère assez profond. En se servant comme conducteur du doigt, qui ne peut cependant pas franchir le pylore, on prolonge l'incision de 3 cent. vers le duodénum. Ensuite on suture transversalement la plaie: durée de l'opération : 45 minutes.

Pas d'accident les premiers jours qui suivent. Le dixième jour, un peu de diarrhée et de coliques, qui disparaissent bientôt.

Le 27 et le 30 janvier, deux syncopes sans cause appréciable.

1er février : température normale. Alimentation demi-liquide.

7 février : la malade se lève.

14 février : l'estomac descend à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Pas d'induratton appréciable dans la région pylorique. La tumeur a disparu, de même que la douleur à la pression.

Quelques jours après la malade quitte le service, pesant 48 kilos. Etat général très satisfaisant.

17 juin, c'est-à-dire 4 mois 1/2 après l'opération, la malade est florissante: elle pèse 58.5 kilos (augmentation de 13 kilos). L'estomac ne descend plus que jusqu'à l'ombilic et ne présente plus ni clapotement ni douleur à la pression dans la région pylorique. Digestion très bonne.

Observation XXXVII. — *Dreydorff*. Beiträge für klin. Chirurgie. 1894. XI. P. 333.

Sténose pylorique suite d'ulcère. Dilatation d'estomac. Gastralgie, pyloroplastie

Jean M..., 43 ans. Jusqu'à il y a 6 ans, le malade a toujours été bien portant; mais depuis six ans, il souffre de vives douleurs d'estomac et de vomissements fréquents. La douleur débute à l'épigastre gauche et irradie vers le cœur, dans le dos, du côté droit et même jusque dans la tête. Ces douleurs ainsi que les vomissements surviennent indépendamment des repas. Les matières vomies contiennent des matières liquides, muqueuses, d'un goût acide, presque pas d'aliments et jamais de sang. L'appétit est tantôt diminué; tantôt, au contraire, exagéré. Au mois de novembre 1891, le malade est soigné pendant quatorze jours à la clinique de Heidelberg, où l'on diagnostique une dilatation d'estomac et de la gastralgie. Le traitement par les lavages d'estomac, le bicarbonate de soude n'amène qu'une amélioration de courte durée. Depuis, le malade se fait lui-même les lavages qui amènent un soulagement. Les douleurs apparaissent maintenant 2 à 3 heures après les repas, se localisent à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et irradient vers la colonne vertébrale. Ces troubles persistants décident le malade à demander une intervention chirurgicale à la clinique de chirurgie.

Etat actuel. — Le malade est grand, pas très amaigri, un peu anémique. Poids : 52 kilos. Pas d'œdème ni d'engorgement ganglionnaire, organes thoraciques normaux. Le ventre est un peu ballonné. — On peut constater que l'estomac, après dilatation, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Clapotement à la palpation. Pas de tumeur. Par contre, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, existe un point excessivement douloureux à la pression, et où celle-ci détermine des douleurs irradiant dans tout l'épigastre et vers la colonne vertébrale. Le lavage de l'estomac permet de retirer 1/2 litre de débris alimentaires; le contenu stomacal a une réaction fortement acide et contient au moins 0,3 ‰ d'HCl libre, et de l'acide lactique.

Diagnostic : Sténose pylorique due à un ulcère simple de l'estomac. Dilation secondaire de celui-ci. Gastralgie.

Opération le 7 février 1893. Anesthésie par la morphine et le chloroforme. Incision médiane à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et s'étendant aussi loin au-dessous de l'ombilic qu'au dessus. On attire le pylore dans la plaie abdominale. Il n'est pas hypertrophié, mais seulement

un peu induré au niveau de son bord supérieur. On trouve au niveau de la petite courbure à deux travers de doigt du pylore une petite cicatrice, blanche, radiée, trace d'un ancien ulcère. On fait une incision horizontale entre les deux courbures dont 2 cent. appartiennent à l'estomac et 1 cent. 1/2 au duodénum. Puis suture. En pressant sur le contenu stomacal on détermine son passage dans le duodénum, et l'on peut constater que la suture est suffisante. Fermeture de la cavité abdominale.

Pas d'accident post-opératoire. Le malade quitte le service le 22 février sans présenter aucun trouble du côté de son appareil digestif et avec un poids de 54 kilos.

Le 16 mai, donc trois mois après l'opération, le poids du corps n'a pas changé, l'appétit est bon, mais de nouveau apparition de douleurs et de vomissements 2 à 3 heures après les repas.

Observation XXXVIII. — *Max Einhorn*. Medical Record. Janvier 1895, p. 71.

K..., âgé d'environ 28 ans, marchand, a commencé à souffrir il y sept ans. A la suite d'ingestion d'eau glacée il avait ressenti subitement des douleurs extrêmement vives dans l'estomac. Depuis les douleurs reviennent périodiquement. Elles étaient accompagnées parfois de vomissements. Entre les crises douloureuses il y eut d'abord des rémissions d'assez longue durée. Puis celles-ci devinrent de plus en plus rares.

Depuis janvier 1891 le malade souffre continuellement et doit garder le lit. Les douleurs sont indépendantes des ingestions d'aliments, plutôt calmées par elles. Deux ou trois fois par semaines il y avait des vomissements dans lesquels on retrouvait quelquefois la nourriture des jours précédents, mais il n'y eut jamais de sang.

Au mois de septembre, l'examen fait constater les signes suivants : Région épigastrique sensible au toucher, mais pas extrêmement douloureuse. Pas de clapotage stomacal. L'examen du suc gastrique montre une augmentation de l'acidité. Le malade est soumis à un traitement par les alcalins et à la galvanisation intra-gastrique. Ce traitement amena quelques soulagements. Mais bientôt les anciennes douleurs reparurent accompagnées de vomissements.

A ce moment le diagnostic fut : rétrécissement du pylore consécutif à la cicatrisation d'un ulcère et l'opération fut conseillée.

Celle-ci fut pratiquée par le Dr Lange. Celui-ci trouva au niveau du pylore une masse indurée de la forme d'un œuf, due à l'épaississement des parois. Il fit la pyloroplastie suivant la méthode d'Heinecke-Mikulicz.

Le patient se remit et a toujours été bien depuis.

Observation XXXIX. — *Max Einhorn.* — Medical Record. Janvier 1895, p. 72.

Mlle Margareta L..., âgée de 38 ans, nourrice, commença à souffrir de l'estomac il y a quatorze ans. En même temps, perte d'appétit, nausées après les repas, quelquefois des vomissements. Il y a dix ans, ces symptômes s'aggravèrent : les douleurs étaient plus intenses, les vomissements plus fréquents.

Il y a cinq ans, elle fut soignée à l'hôpital allemand pour ulcère, par la diète lactée et les lavages de l'estomac ; elle gagna alors 30 livres. Mais cette amélioration ne persista pas longtemps, et, dans l'été de 1892, elle dut retourner à l'hôpital allemand. A ce moment elle eut des vomissements de sang. Après un traitement approprié il y eut de nouveau un peu de mieux dans son état ; mais les douleurs et les vomissements existaient encore de temps en temps.

Au mois de décembre 1892, elle se plaignait de douleurs persistantes, de vomissements et de constipation.

Actuellement en janvier 1893, la malade présente un amaigrissement assez notable, de la pâleur. L'estomac est très dilaté, il descend jusqu'à la symphyse. La petite courbure se trouve à deux travers de doigt au-dessus du nombril. La région épigastrique n'est pas douloureuse au toucher. Pas de tumeur. L'examen du suc gastrique montre une augmentation d'HCl. En outre le contenu de l'estomac renferme des aliments ingérés les jours précédents et du sang.

Un traitement par le lavage de l'estomac et l'électrisation de l'organe n'amena pas grand résultat, et l'éclairage de l'estomac montra qu'il n'y avait aucune modification de la dilatation.

Le diagnostic porté était : sténose du pylore consécutive à la cicatrisation d'un ulcère.

La malade fut alors envoyée au Dr Lange pour être opérée.

Opération le 23 janvier 1893. — Le rétrécissement fut trouvé immédiatement derrière le pylore au commencement du duodénum. On pratiqua la pyloroplastie ; et la malade se rétablit rapidement.

Examinée au mois d'octobre, on constate que les aliments ne séjournent plus d'un jour à l'autre dans l'estomac. La malade se nourrit bien, n'a plus de douleurs et ne vomit plus ; elle a gagné comme poids et peut se livrer à ses occupations.

Observation XL. — *Max Einhorn*. Medical Record, janvier 1895, p. 72.

Louis L..., 40 ans, avocat; il commence à souffrir de troubles digestifs dans l'été de 1891. Ces troubles consistent en douleurs après les repas. Au bout de dix jours, disparition de ces douleurs. Pas de vomissements. Pendant six mois le malade se sent bien; il remarqua cependant qu'il se fatiguait plus vite qu'auparavant. En février 1892, de nouveau apparition des douleurs qui durèrent plus d'un mois, et pendant ce temps le patient vomit deux fois: il se sentit ensuite bien jusqu'en juillet où il fut pris de nouvelles douleurs et des vomissements pendant quatre semaines. Les douleurs étaient si violentes qu'elles ne laissaient aucun repos au malade. En décembre 1892 les douleurs recommencèrent et durèrent jusqu'en février 1893; il vomissait en même temps un jour sur deux. Jamais d'hématémèse. Depuis le commencement de sa maladie, constipation. Le 27 janvier 1893 le docteur Simmons m'appela en consultation et me confia le soin du malade.

Quand je le vis pour la première fois, le malade était assez cachectique; il affirmait avoir perdu environ vingt kilos. Il se plaignait d'avoir la respiration très courte, de vomir de grandes quantités de liquide, et d'être constipé. Malgré de grandes doses d'opium il souffrait violemment. Rien d'anormal à l'examen de la poitrine, abdomen ballonné. A la région épigastrique on ne détermine aucun clapotement. Les liquides vomis contenaient des grains noirs et une grande quantité d'acide chlorhydrique libre. Pas d'acide lactique.

Sous l'influence d'un régime et d'un traitement médical, le malade ressentit une légère amélioration. Le 30 janvier, le malade étant à jeun, on retira le liquide contenu et on fit un lavage avec de l'eau tiède. Ce lavage amena un grand soulagement. Les lavages furent continués pendant une semaine avec de bons résultats: cependant les douleurs persistaient encore en partie.

Les 11, 13 et 15 février on pratiqua la galvanisation intragastrique sans amener de soulagement.

Le diagnostic était sténose du pylore. On conseilla l'opération.

Le Dr Lange fit l'opération le 22 février, le pylore fut trouvé rétréci d'une façon considérable, et l'on fit l'opération pyloroplastique de Heinecke-Mikulicz. Un mois après le malade quittait la clinique. Bien qu'il fût capable alors de prendre une alimentation variée sans vomir, il se plaignait cependant encore de douleurs. L'estomac du patient fut examiné le 30 mars après un déjeuner d'essai. On ne trouve plus comme autrefois de reste d'aliments mais une grande quantité d'HCl. On conseille alors au patient le bicarbonate de soude, deux heures après les repas. Le résultat fut merveilleux, les douleurs disparurent entièrement et le malade commença à engraisser. Après six

mois de traitement par le bicarbonate de soude, celui-ci fut supprimé et l'amélioration persista.

Actuellement il s'occupe de ses affaires et a gagné 70 livres depuis l'opération.

Observation XLI. — *Max Einhorn.* Medical Record. Janvier 1895. P. 72.

Madame P. L..., 43 ans, mère de trois enfants. Sa mère est morte d'un cancer. Elle a commencé à souffrir il y a six ans ; la maladie a commencé par de la diarrhée qui a duré deux ans : la malade ne peut dire si les selles étaient noires. Depuis quatre ans elle souffre de violentes douleurs d'estomac qui se calment par l'émission de gaz. La malade n'a jamais eu d'ictère. Pendant ces deux dernières années elle a souffert de sensation de brûlure au niveau de l'estomac avec des vomissements fréquents. Jamais d'hématémèse. Durant la nuit les douleurs sont plus vives et empêchent le sommeil. Pendant les derniers mois la malade a maigri d'environ trente livres.

C'est avec ces renseignements que la patiente me fut envoyée par le Dr Willy-Meyer.

Etat actuel : 11 février 1894. Rien à l'examen de la poitrine. La palpation de l'abdomen révèle une tumeur cylindrique de la grosseur d'un œuf, située à droite de l'ombilic. Cette tumeur est très mobile dans toutes les directions ; la surface en est lisse. On peut provoquer le clapotement stomacal jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de douleur à la pression de la région gastrique. Pas d'augmentation du foie.

12 février. — Après lavage le malade est examiné avec l'éclairage stomacal ; l'estomac apparait considérablement agrandi ; son bord inférieur est très abaissé.

13 février. — Une heure après un repas d'épreuve on retire le contenu stomacal. Celui-ci était environ de 300 cent. cubes d'un liquide légèrement verdâtre (bile) dans lequel se trouvaient des aliments des jours précédents. HCl augmenté. Pas d'acide lactique. Pendant une semaine traitement par les lavages de l'estomac. Pas d'amélioration sensible.

Diagnostic : rétrécissement du pylore de nature bénigne.

Opération par le Dr Willy-Meyer.

Après l'ouverture de l'abdomen, la tumeur apparut comme le pylore épaissi. Elle fut réséquée. L'opération de Heinecke-Mikulicz ne put être faite dans ce cas parce que l'on soupçonnait un cancer et parce que le rétrécissement était trop étroit et l'épaisseur des parois du pylore trop considérable. Le duodénum fut alors réuni à l'estomac au moyen du bouton de Murphy.

Les suites de l'opération furent simples. Le bouton fut évacué vers la troisième semaine ; depuis la malade va bien. Elle a gagné 20 livres et ne ressent aucune espèce de douleurs.

Le pylore, réséqué, est considérablement épaissi, résistant, et ne pouvait être distingué, à l'œil, d'un cancer. L'examen microscopique montra cependant que c'était simplement une hypertrophie du pylore.

Observation XLII. — *Eiselsberg.* — Archiv für klin. Chirürgie 1889, t. 39.

Sténose cicatricielle du pylore consécutive à un ulcère simple de l'estomac. Résection. Mort par péritonite au bout de cinq jours.

Joséphine K..., âgée de 58 ans. — Depuis un an et demi elle souffre de renvois acides, trois heures après les repas. Depuis six mois elle vomit tous les aliments solides, d'où affaiblissement notable. Les vomissements ont cessé depuis cinq semaines. Jamais de sang dans les vomissements.

Etat actuel : La femme, très amaigrie, pèse 33 kilos. La région épigastrique est légèrement ballonnée, on voit très nettement les contours de l'estomac très dilaté. Dans la région pylorique existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure et mobile. La femme évite l'ingestion des aliments solides ; elle ne vomit pas à l'hôpital.

Opération le 21 décembre 1885. *(Billroth).* — Incision large de 15 cent. le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit. On attire la portion pylorique qui ne présente rien d'anormal extérieurement, mais qui est très indurée. On met à découvert les petite et grande courbures. L'estomac et le duodénum sont maintenus et fermés par les mains des aides. Incision partant de la petite courbure, par laquelle on peut constater une sténose considérable. L'incision est continuée jusqu'au bord inférieur de la région pylorique de façon à séparer le pylore de l'estomac : puis incision de la moitié inférieure de la première portion du duodénum qu'on fixe par quelques points de suture à l'estomac ; et c'est alors seulement qu'on termine l'incision du duodénum en haut. Suture intestinale ; suture des parois abdominales. Durée de l'opération : 1 heure 1/4.

La malade, très affaiblie, reçoit immédiatement un peu de lait avec du cognac et un lavement avec du vin.

Les jours suivants apparaissent les vomissements, le météorisme. Pouls fréquent. Mort au 5e jour avec des phénomènes de péritonite.

La partie excisée présente une longueur de 8 cent. au niveau de la petite courbure, et de 7 cent. au-dessus de la grande. La partie rétrécie permet le passage d'un crayon: la sténose est due à une induration développée autour d'un vieil ulcère. Diagnostic microscopique : tissu de sclérose.

A l'autopsie, on trouve une péritonite limitée, qui a pour point de départ, la partie inférieure de la ligne de suture. On pouvait voir sourdre entre deux fils, en pressant légèrement, le contenu de l'estomac.

Observation XLIII. — *Eiselsberg* (Id.)

Sténose cicatricielle du pylore, suite d'ulcère simple.— Résection. — Guérison.

Catherine C..., cinquante-cinq ans, souffre depuis trois ans de douleurs d'estomac qu'elle compare à des brûlures. Ces douleurs surviennent après chaque ingestion d'aliments solides, en même temps que l'estomac se gonfle. La malade n'est soulagée qu'après avoir provoqué le vomissement en introduisant le doigt dans le pharynx. Dans ces derniers temps, vomissements constants après les repas; amaigrissement rapide. Jamais de sang dans les matières vomies.

Etat actuel : La femme, très-amaigrie, pèse 31 kilos 1/2. Ventre rétracté. Dans la région pylorique, tumeur longue de 6 cent. large de 3 cent. dure, mobile à droite et à gauche, se continuant directement avec l'estomac fortement dilaté. La femme supporte très-bien pendant quelques jours les aliments solides, mais au bout de quelques jours, ils sont tous rejetés.

Diagnostic : carcinome.

Opération le 26 mars 1887. (*de Salzer*). Incision médiane; la région pylorique est le siège d'une tumeur dure, du volume d'une pomme, qui ne se laisse pas attirer. Après avoir mis à découvert les deux courbures, on constate que la tumeur est intimement unie au pancréas. L'hémorrhagie est très considérable; l'hémostase est faite au moyen de clamps de Rydygier placés sur l'estomac; celui-ci est sectionné le long de ces clamps. On pose de même des clamps sur le duodénum et on procède alors à l'extirpation de la tumeur. Le duodénum est fixé à la partie inférieure de la plaie stomacale. Suture des parois abdominales.

Tout se passe très bien après l'opération. Jusqu'au huitième jour alimentation liquide. Cinq semaines plus tard, la malade quitte le service complètement guérie et se sent depuis ce temps tout à fait bien. Son poids est de 70 kilos.

La partie excisée mesure 4 cent. au niveau de la grande courbure, et 6 cent. 5 au niveau de la petite. Diamètre de l'orifice : 6 mill. Sténose due à du tissu fibreux développé autour d'un ancien ulcère.

Observation XLIV. — *Eiselsberg* (Id.)

Sténose cicatricielle du pylore, suite d'ulcère. Résection. Guérison. Mort au bout de trois mois et demi avec des symptômes de récidive de sténose pylorique (Carcinome ?)

Anna N..., 49 ans, souffre depuis trois ans de douleurs d'estomac très vives : il y a six mois elle a commencé à vomir ; ces vomissements survenant après les repas ne durèrent qu'un mois. Elle eut plusieurs fois depuis des périodes de vomissements alternant avec des périodes de bonne santé. Depuis trois mois constipation constante, et la malade a senti une tumeur dans la région gastrique. Il y a un an et demi la malade avait été opérée d'un cancer du col de l'utérus Depuis elle ne s'était jamais plainte des organes génitaux.

Etat actuel : femme petite, chétive ; poids : 35 kilos. Région hypogastrique légèrement ballonnée. Dans la région pylorique tumeur grosse comme une noix, dure, mobile, indolente. La femme ne prend que des aliments liquides qu'elle supporte très bien. Au toucher vaginal, à la place du col on trouve une tumeur dure, peu mobile, adhérent fortement au rectum, et dont la lumière est fortement rétrécie.

Diagnostic : Cancer du pylore, et cancer récidivant du col.

Opération le 17 novembre 1887. (*Billroth*). Incision médiane, le pylore très infiltré, dur, très peu mobile, adhère fortement et intimement au pancréas. Après un décollement partiel du grand épiploon on réussit à séparer le pylore du pancréas. On est obligé de faire de nombreuses ligatures. Après avoir libéré complètement la partie malade, on la confie à des aides qui l'isolent par pression. Elle est ensuite séparée du duodénum et de l'estomac. La plaie stomacale est ensuite fermée en haut et le duodénum réuni à la partie inférieure de la plaie. Sutures des parois abdominales.

Tout se passe très bien. Pendant les cinq premiers jours, alimentation liquide. Au bout d'un mois la malade sortait complètement guérie, ayant engraissé de 8 kilos.

La partie réséquée était longue de 2 cent. 1/2 au niveau de la petite courbure et de 8 cent. 1/2 au niveau de la grande ; le pylore très rétréci permettait à peine le passage du petit doigt. Examen microscopique : Tissu de sclérose, pas de carcinome.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital la malade présente de nouveau des renvois, des nausées, des vomissements, de sorte que le 31 janvier 1888, six semaines après sa sortie de la clinique, elle se fit admettre à l'hôpital de Penzing. On constata dans la région pylorique, correspondant à la plaie opératoire complètement cicatrisée, une tumeur grosse comme le poing, résistante, douloureuse à la pression. Les vomissements et les

douleurs furent combattus par les narcotiques. La malade succomba par cachexie progressive le 23 février 1888.

A l'autopsie on trouva des tractus fibreux unissant l'estomac à la paroi abdominale au niveau de la cicatrice. L'estomac était très dilaté. La région pylorique fortement indurée. L'orifice qui conduisait de l'estomac dans le duodénum, très rétréci, permettait à peine le passage du petit doigt ; cet anneau cicatriciel crie sous le scalpel. La tumeur adhérait au pancréas, au niveau duquel existait une cavité remplie de liquide séro-purulent, dans lequel se trouvaient un grand nombre de fils à ligature.

Diagnostic macroscopique : carcinome. L'examen microscopique n'a jamais été fait.

Il s'agissait donc d'un carcinome greffé sur une cicatrice de résection du pylore. Carcinome secondaire à un cancer de l'utérus.

Observation XLV. — *Eiselsberg* (Id.)

Sténose du pylore suite d'ulcère. Résection. Mort au deuxième jour par péritonite par perforation.

A... E..., 46 ans. La malade souffre depuis dix-neuf ans de son estomac : sensations de brûlure, vomissements après l'ingestion d'aliments solides. Intensité de ces symptômes très variable. Depuis cinq mois aggravation de l'état de la malade. Vomissements indépendants des repas, amaigrissement très rapide. La région pylorique était sensible à la pression depuis dix-sept ans. Depuis six mois il s'est développé une induration appréciable à la palpation.

Etat actuel. Malade pâle, amaigrie. Poids 36 kilos 5. Après insufflation de l'estomac, on voit nettement les contours de l'estomac dont la grande courbure descend jusqu'à la symphyse. Dans la région pylorique, on sent une tumeur du volume d'une noix, qu'on ne peut pas bien préciser à cause de la douleur qui provoque la palpation. Le lavage de l'estomac ramène un liquide clair, dans lequel existe une quantité notable d'HCl libre.

Opération le 4 juillet 1888. *(Billroth).* La chloroformisation ayant relâché les parois abdominales, on ne trouve plus de tumeur, et on ne se décide à faire la laparotomie qu'à cause des symptômes accusés par la malade. Incision médiane, le péritoine est épaissi. On attire le pylore qui est induré circulairement; les limites de l'infiltration ne peuvent pas être nettement précisées. On découvre les courbures et les aides saisissent fortement le pylore de chaque côté. Le duodénum est séparé obliquement ; l'estomac est incisé en partant de la grande courbure et on fait immédiatement la suture du duodénum à l'estomac. On termine ensuite la section de l'estomac. La partie supérieure de la plaie stomacale est fermée. Suture des parois abdominales.

La malade vomit le soir et ne se remet de son sommeil chloroformique que momentanément. Le jour suivant : collapsus ; la mort a lieu 48 heures après l'opération.

La partie excisée présente une longueur de 4 centimètres au niveau de la grande courbure, et de 6 centimètres au niveau de la petite, l'orifice rétréci permet à peine le passage d'un crayon.

Le rétrécissement est dû à une masse circulaire fibreuse. Examen microscopique : tissu de sclérose.

A l'autopsie, on constate une péritonite diffuse, suppurée, dont le point de départ est un petit orifice au niveau de la suture stomacale. Cet orifice était dû à ce qu'un fil avait coupé la paroi stomacale épaissie et friable.

Observation XLVI. — *Eiselsberg* (Id.)

Sténose cicatricielle du pylore suite d'ulcère simple. Résection d'un lambeau de la paroi antérieure de l'estomac. Mort le 11e jour par péritonite par perforation après ingestion d'une saucisse.

C... E..., âgé de 31 ans, souffre depuis longtemps de l'estomac, vomit après avoir mangé des aliments solides ; hématémèses répétées, amaigrissement considérable.

Etat actuel : homme extrêmement amaigri, pesant 52 kilos. Estomac très dilaté. Dans la région pylorique tumeur dure, mobile, du volume d'une petite assiette, mal limitée.

Opération le 27 octobre 1887. *(Billroth)*. Il existe une induration de la paroi antérieure de l'estomac près du pylore. Une fois l'induration excisée la perte de substance présente la forme d'un parallélogramme. Ce le-ci est suturée suivant sa diagonale verticale. Les points de suture en certains endroits traversent encore des tissus indurés et sclérosés. Suture de la paroi abdominale.

Au commencement tout marcha bien. Le malade prenait avec appétit les aliments liquides qu'on lui donnait. Au 10e jour on lui permit de manger un peu de viande et notamment quelques tranches d'une saucisse ardemment désirée par le malade. Quelques heures après, il fut pris de douleurs violentes et il succomba le lendemain au milieu des symptômes d'une péritonite par perforation.

La partie excisée présentait des cicatrices très indurées d'ancien ulcère.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation XLVII. — *Eiselsberg* (Id.)

Sténose cicatricielle du pylore, suite d'ulcère. — Résection partielle. — Mort au bout de 14 jours par péritonite par perforation, due à la perforation de la ligne de suture par un noyau.

J. L..., âgée de 37 ans, souffre de l'estomac depuis 15 ans. Après une amélioration, les troubles avaient reparu plus accentués que jamais il y a 4 mois. La malade vomit de 5 à 10 heures après les repas tous les aliments solides. L'amaigrissement est rapide.

Etat actuel : femme amaigrie, un squelette. Poids : 31 kil. L'abdomen est soulevé par l'estomac, très dilaté, dont les limites sont très appréciables à la vue, surtout pendant les mouvements péristaltiques. On trouve à la palpation dans la région pylorique une tumeur dure, longue de 3 cent., large de 1 cent. 1/2, de forme cylindrique. Elle est douloureuse à la pression et suit un peu les mouvements respiratoires. Elle peut être facilement mobilisée. La femme vomit tout ce qu'elle mange. Dans les vomissements, dont la réaction est fortement acide, on trouve, à côté des aliments non digérés, une grande quantité de sarcines. Acide chlorhydrique libre.

Opération le 16 décembre 1887. (*Billroth.*) Incision médiane. La partie inférieure du pylore, complètement libre de toute adhérence, est fortement épaissie. On met à découvert la grande et la petite courbure; on ferme le duodénum et l'estomac en les entourant de mèches de gaze iodoformée. On excise alors la partie indurée à la manière d'un coin, de sorte qu'on ne laisse au niveau de la petite courbure qu'un pont étroit qui unit l'estomac avec le duodénum. On réunit les bords de la plaie perpendiculairement à l'axe du pylore. Suture de la paroi abdominale.

La malade fut portée dans son lit dans un bien mauvais état; elle se remit un peu grâce aux lavements de vin. Alimentation liquide. Le neuvième jour, on lui donna un peu de purée de viande, ce qui fut suivi d'une notable élévation thermique. Les jours suivants, la malade eut un peu de fièvre, des vomissements et une diarrhée profuse. Le mari de la malade, qui lui apportait des fruits, fut prié de ne pas le faire. Au quatorzième jour, la malade fut très agitée, présenta tous les symptômes d'une péritonite et succomba.

La partie excisée en forme d'un coin mesure 4 cent. 1/2 au niveau de la grande courbure. La sténose était très considérable. La portion réséquée était formée par du tissu cicatriciel et présentait un vieil ulcère de 3 cent. de diamètre. La partie indurée présentait une épaisseur de 1 c. 4. Examen microscopique : tissu cicatriciel.

A l'*autopsie* on trouva une péritonite circonscrite et un abcès dans la région pylorique ; dans l'intérieur de cet abcès étaient des pépins de raisins et un noyau de prune. La partie inférieure de la suture gastro-intestinale était déchirée sans qu'on puisse constater de nécrose des bords. Il était évident que le noyau avait perforé la ligne de suture et avait déterminé la formation d'un abcès. Il est difficile de dire si ce noyau avait été ingéré avant ou après l'opération. On avait lavé l'estomac avant l'opération, mais il se pouvait que le noyau n'eût pas été entraîné par le lavage.

Observation XLVIII. — *Eiselsberg* (Id.)

Rétrécissement cicatriciel du pylore. Gastro-entérostomie en arrière du côlon transverse. Mort le 16e jour par péritonite circonscrite et inanition.

Muhlberg M., 34 ans. — Troubles du côté de l'estomac depuis sept ans ; depuis 9 mois vomissements constants après le repas. Amaigrissement.

Etat actuel. — Homme très amaigri. Estomac très douloureux à la pression, ce qui, avec le ballonnement du ventre, ne permet de sentir qu'une résistance peu nette. L'examen sous le chloroforme permet de constater deux tumeurs. Le malade ne supporte que des aliments liquides.

Opération le 29 mai 1888. (*Billroth*). — Incision médiane. Le pylore est le siège d'une tumeur grosse comme une noix, dure, s'étendant le long de la petite courbure ; une autre tumeur plus petite siège sur le duodénum immédiatement à côté de la précédente. La résection totale n'étant pas possible on procède à une gastro-entérostomie. On rencontre quelques difficultés du côté de l'intestin qui est rempli de matières fécales. Fermeture de la paroi abdominale.

La malade souffrit d'abord de douleurs très vives à l'estomac qui furent calmées par le lait et le vin. Les premiers jours évoluèrent sans réaction fébrile ; mais le soir du sixième jour il y eut une ascension thermique considérable. On trouve comme cause de cette fièvre, une suppuration qui s'était produite au niveau de la suture des aponévroses. La plaie cutanée fut ouverte et on introduisit une mèche de gaze iodoformée. La fièvre tomba mais toute la plaie cutanée s'ouvrit de même que la ligne de suture des aponévroses et du péritoine, de sorte qu'on pouvait voir à travers la plaie le lobe gauche du foie. Le malade s'affaiblit de plus en plus, ne prenant que très peu d'aliments liquides et mourut au seizième jour par inanition sans présenter de symptômes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve une péritonite circonscrite au niveau de l'orifice péritonéal : la suture gastro-duodénale est

suffisante ; on ne peut pas faire sortir le contenu stomacal même par pression. La muqueuse présente au niveau de la petite courbure une surface cicatricielle. Le pylore est très rétréci. Le duodénum est très rétréci à sa partie supérieure ; il porte aussi une cicatrice dure et épaisse. Examen microscopique : Masse de tissu scléreux autour d'anciennes ulcérations.

Observation XLIX. — *F. Fritzsche.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. N° 15, p. 457. 1er Août 1888). (Tiré de la Revue des Sciences médicales, t. XXXIV, p. 259).

Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie.

Homme de 57 ans, sans hérédité cancéreuse, sujet, depuis de longues années, à des maux d'estomac passagers ; jamais d'hématémèse, estomac très dilaté. Induration bosselée, grosse comme une noix, au niveau du bord externe du muscle droit, au côté droit de l'épigastre. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique. Violentes gastralgies qui s'apaisent quand le malade a rejeté ses aliments ou qu'on lui a fait un lavage stomacal.

Opération le 3 novembre 1887. — Le pylore induré et hypertrophié surtout en arrière, forme une tumeur grosse comme un œuf de poule entièrement adhérente au pancréas. Quelques ganglions volumineux dans le grand épiploon. Fritzsche, renonçant à faire la pylorectomie, pratique la gastro-entérostomie. Rapidement il trouve l'anse supérieure du jéjunum et choisit pour établir la fistule une portion d'intestin située à 50 centimètres au-dessous du duodénum. Les parois gastriques et duodénales sont incisées sur une longueur de 5 centimètres ; toutes les sutures sont faites au catgut. Guérison complètement apyrétique malgré un léger ictère et la rupture partielle des sutures pariétales survenue le 10e jour, à la suite d'un vomissement. Alimentation solide dès le 5e jour. A son départ l'opéré peut manger ce qu'il veut sans souffrir et se plaint seulement d'avoir sans cesse faim. Comme la parfaite santé persiste 8 mois après l'opération, Fritzsche est disposé à changer son diagnostic de cancer en celui d'ulcère de l'estomac.

Observation L. — *Fritzsche* (Id.)

Femme de 37 ans, ayant eu des hématémèses et du melœna ; gastrectasie; contenu stomacal renfermant, outre l'acide chlorhydrique, de l'acide butyrique. Douleurs d'estomac après le

moindre repas, même liquide. Les lavages stomacaux soulagent la malade, mais doivent être interrompus à cause de nouveaux vomissements de sang. Malgré l'absence de tumeur appréciable, Fritzsche diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel du pylore.

Opération le 24 février 1888. — Le pylore forme une masse dure de 3 ou 4 centimètres de longueur et de 3 centimètres d'épaisseur, mobile de toutes parts. L'anse grêle, rapidement choisie à la façon de Wölfler, est suturée à la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore, mais en sens inverse du cas précédent, c'est-à-dire le bout afférent à gauche, et le bout efférent à droite dans le sens des mouvements péristaltiques normaux. Une partie des sutures est faite à la soie et de même que dans le cas ci-dessus, la réunion des parois abdominales est malaisée à cause de la tension des grands droits. Guérison sans incidents ni fièvre, et réunion parfaite par première intention. Dès le jour de l'opération les fonctions digestives sont redevenues parfaitement normales. Cette femme n'a même pas la sensation incessante de faim du premier opéré, où, dans l'hypothèse d'une affection cancéreuse, l'abouchement de l'intestin avait été placé loin du pylore.

Observation LI. — *Gross* (Wilhelm, th. de Nancy, 1893)

Rétrécissement fibreux du pylore. Pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz. Récidive. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Le nommé W..., âgé de 35 ans, cordonnier, souffrait de maux d'estomac depuis huit ans; vomissements alimentaires et bilieux. Durant un mois, le malade dit avoir eu des vomissements noirs. Petit à petit, il éprouva des difficultés de garder les aliments solides, et bientôt les vomissements se répétèrent à peu près régulièrement une à deux heures après les repas. Entré au service de M. le professeur Bernheim, on diagnostique un rétrécissement pylorique consécutif à un ulcère simple cicatrisé. Le malade fut évacué au service de M. Heydenreich, suppléé alors par M. le professeur Rohmer, et, le 15 septembre 1892, il subit la pyloroplastie.

On constata, lors de l'opération, un rétrécissement annulaire du pylore, produisant une stricture analogue à celle que produirait un lien circulaire. La lumière du rétrécissement admettait à peu près un petit crayon. On pratiqua une incision de 5 à 6 centimètres suivant l'axe du pylore et on réunit transversalement. Le calibre rétabli admettait facilement le pouce. Les suites de l'opération furent simples.

Il n'y eut plus de vomissements pendant quelques jours, puis ils reparurent avec une intensité à peu près égale à celle qui existait auparavant. Deux mois après l'opération, le malade

pesait 105 livres (il était vêtu d'un pantalon, d'une chemise et d'un gilet).

L'amaigrissement se reproduisit et le malade pesait avant son entrée au service 51 kilogrammes. En même temps, il éprouvait des douleurs très vives au niveau de la région épigastrique, douleurs qui l'obligeaient à se tenir courbé. Ces douleurs survenaient surtout après les repas, et provoquaient de l'insomnie.

Entré au service de M. le professeur Gross, le 22 janvier 1893, le malade est pâle, amaigri, il accuse des douleurs dans tout l'abdomen, douleurs intermittentes, spontanées, ou consécutives à l'ingestion des aliments.

A l'inspection, voussure marquée de l'épigastre: la percussion fait connaître une dilatation stomacale. L'estomac descend jusqu'à l'ombilic. Sur la ligne médiane, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, on voit la cicatrice linéaire d'une incision de 8 centimètres adhérente dans la profondeur. Point de nodosité à la palpation. Le foie, sans déborder les fausses côtes, s'avance cependant sur la ligne médiane au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Le malade vomit tous les jours une quantité d'aliments correspondant à peu près au repas qu'il a fait. Constipation habituelle. Selle tous les huit jours; urines rares, volume quotidien : 800 centimètres cubes environ. On prescrit des lavements alimentaires, et, contre la douleur, des injections de morphine.

La pyloroplastie ayant déjà été pratiquée, et suivie de récidive, cette opération ayant sans doute déterminé des adhérences qui rendaient la pylorectomie difficile et dangereuse, M. Gross décida de pratiquer la gastro-entérostomie. L'avant-veille de l'opération, on pratiqua des lavements répétés de l'estomac au moyen du tube de Faucher.

Opération le 18 février 1893. — Nouveau lavage de l'estomac à l'acide borique, antiseptie rigoureuse du champ opératoire. Chloroformisation. On pratique, au niveau de la cicatrice, une incision verticale médiane de 12 centimètres environ et descendant jusqu'à l'ombilic qu'elle intéresse partiellement. Le péritoine pariétal adhérent au tissu cellulo-graisseux sous-jacent et aux aponévroses de la ligne blanche est divisé avec eux. Le bord inférieur du lobe gauche du foie se présente alors au fond de la plaie. Au-dessous de lui, on aperçoit l'estomac que l'on attire à soi. Plus bas, on rencontre le grand épiploon qu'on relève, on expose ainsi le côlon transverse qui est également attiré au dehors, et engageant la main au-dessous de cette portion du gros intestin, M. Gross cherche le jéjunum qu'il trouve sans aucune difficulté au côté gauche de la colonne vertébrale. On l'attire à l'extérieur, on s'assure que c'est bien l'anse jéjunale que l'on tient, puis on pratique une éraillure dans le feuillet méso-colique, à

travers laquelle on fait passer l'anse qui est ainsi amenée contre la face postérieure de l'estomac, relevée et confiée aux mains d'un aide.

Opérant au-dessous du còlon relevé, au travers de la perforation du méso-còlon, M. Gross fixe l'une à l'autre les deux parois stomacale et jéjunale, sur une longueur de 5 à 6 cent. par 15 points de Lembert. On établit un second plan séro-séreux au-dessous du premier au moyen d'un surjet qu'on arrête environ tous les 3 points. On incise alors au-dessous de la ligne de suture et à quelques millimètres d'elle, la paroi stomacale en deux temps : section de la séreuse et de la musculeuse au bistouri, section de la muqueuse au thermo-cautère, en raison de la congestion intense qu'elle présente. Malgré cela, il est nécessaire de pincer quelques artérioles et de lier une veinule. L'incision de l'intestin, faite d'après le même procédé, donne moins de sang. Puis on rapproche les deux bords muqueux et on les réunit par un certain nombre de sutures enchaînées qui assurent en même temps l'hémostase.

Les deux autres lèvres des deux incisions sont ensuite amenées en contact et réunies par une série de points muco muqueux fixant les deux muqueuses dos à dos. L'affrontement ainsi obtenu est complet. On avait fait auparavant deux débridements latéraux pour augmenter la lumière de l'orifice gastro intestinal. Un surjet d'une vingtaine de points plusieurs fois arrêtés, forme un second plan de suture au-dessus du premier; enfin le troisième plan séro-séreux est formé par 16 points de Lembert,

On vérifie la couronne de sutures ainsi établie. On lave à l'eau distillée tiède et on réduit dans l'abdomen le còlon transverse et le grand épiploon, le jéjunum et l estomac, en rétablissant autant que possible les rapports normaux des organes. Le bout supérieur de l'intestin anastomosé est situé à droite, le bout inférieur à gauche. La portion du jéjunum suturée a une direction presque parallèle au grand axe de l'estomac.

La main introduite dans l'hypochondre droit sent le pylore dur et rétréci, mais on ne peut constater *de visu* l'état de cet orifice à cause des adhérences qui le retiennent dans la profondeur.

Dernier lavage à l'eau distillée, on ferme l'abdomen par un surjet péritonéal et une série de sutures au crin de Florence. Pansement iodoformé, bandage de flanelle.

Durée de l'opération : 2 heures 1/4, pansement compris. Pas de shock.

19 février. — Douleurs au niveau de l'épigastre; injections de morphine. Soif vive, calmée au moyen de fragments de glace introduits dans la bouche et que le malade rejette. On donne cinq fois par jour des lavements peptonisés et alcoolisés de 750 grammes. T. 37°,8 ; pouls bon; quelques gaz sont rendus par l'anus.

20. — Douleurs épigastriques ; glace et quelques cuillerées de bouillon, cinq lavements. Température normale. L'opéré n'a point vomi depuis l'opération.

22. — Un peu de toux et d'expectoration muco-purulente.

Le malade prend un peu de bouillon froid. Légère diarrhée provoquée par des lavements répétés. Soif vive, les douleurs épigastriques persistent avec une certaine intensité. T. 37°,2.

23. — Les douleurs diminuent. Le malade a pris 750 grammes de liquide tant lait que bouillon, et quatre lavements nutritifs.

L'analyse de l'urine fournit une diminution notable de l'urée. L'émission des 24 heures est de 600 cent. cubes.

25. — Le malade prend 600 grammes de bouillon et 300 grammes de lait. les douleurs s'atténuent progressivement. Les urines augmentent de quantité et sont moins chargées en urates. On continue les lavements. Apyrexie.

27. — On ouvre le pansement. La réunion paraissant suffisante, on enlève les sutures. On remarque alors que vers la partie moyenne les deux bords de la plaie présentent une certaine tendance à l'écartement. On cherche à les maintenir en contact au moyen d'une série d'agrafes fixées de chaque côté de la plaie par de la tarlatane collodionée et rapprochées par un fil de soie antiseptique lacé. Le malade prend un œuf frais.

28. — La partie médiane de l'incision est désunie sur une longueur de 4 centimètres environ. On voit au fond de la plaie le lobe gauche du foie qui se déplace avec les mouvements respiratoires. On réunit cette plaie au moyen de quatre fils d'argent.

Étant donné l'état de sclérose des téguments au niveau de l'incision créée lors de la première intervention, l'affrontement superficiel ne peut être obtenu exactement et les bords cutanés sont légèrement renversés en dedans. On réapplique le lacet superficiel et on refait le pansement.

2 *mars*. — Le malade prend deux œufs mélangés au bouillon ; léger suintement au niveau des sutures.

3 *mars*. — Même état. L'opéré prend trois œufs. Même état les jours suivants.

Le 8, le malade vomit vers le soir, environ un litre de liquide aqueux. Il se plaint de temps en temps d'une douleur au niveau du creux épigastrique.

Le lendemain vomissements qui se répètent trois fois. Mêmes douleurs. On découvre que le malade avait mangé de la pâtisserie en cachette.

Les jours suivants, le malade ne vomit plus. Il suit son régime avec ponctualité, bouillon 650 grammes, deux œufs, café au lait 250 grammes.

Le teint devient meilleur, l'appétit revient, les urines augmentent et l'opéré se porte aussi bien que possible et rien ne semble plus devoir entraver sa prochaine guérison.

Observation LII. — *Guinard*. Tirée de la thèse de M. Trognon. (Paris. 1893).

Ulcère simple de la région pylorique. — Sténose progressive du pylore avec énorme dilatation de l'estomac. — Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

Le nommé Emile Jazeix est un garçon marchand de vin âgé de 32 ans. Il a toujours eu une excellente santé jusqu'en 1882, époque à laquelle il semble avoir souffert de coliques saturnines (?) C'est en 1884, c'est-à-dire il y a neuf ans, qu'il a commencé à se plaindre de l'estomac. Il reste, cette année-là, un mois dans le service du professeur Bouchard à Lariboisière où on le traitait pour une dilatation de l'estomac.

En avril 1887, il entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Roques, qui porte le même diagnostic que M. Bouchard, et le soigne jusqu'à la fin de juin, c'est-à dire pendant trois mois.

En août 1871, il est repris de phénomènes gastriques, de douleurs, etc., et M. Dreyfus-Brissac le garde pendant neuf mois dans son service, avec le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac. Du 23 mai au 15 novembre 1892, il continue a souffrir et à se soigner en ville, mais, ne pouvant travailler, il revient à l'hôpital Tenon dans le service de M. Roques, alors suppléé par mon ami Albert Mathieu. Depuis un an, ce malade a eu trois hématémèses copieuses, en novembre et décembre 1891 et en janvier 1892. Son estomac ne conserve plus aucun aliment, le lait même est en grande partie rejeté depuis quelques semaines. Depuis 15 mois il n'a pu garder aucun aliment solide, c'est à peine si le bouillon est toléré. De plus, il a contracté l'habitude, pour calmer ses douleurs, de faire chaque jour une injection hypodermique de morphine. Il en est ainsi arrivé à un degré de cachexie considérable. Il est d'une pâleur extrême et c'est à peine s'il peut se lever et marcher.

M. Mathieu n'ose pas agir énergiquement sur cet estomac, à cause des hémorrhagies abondantes qui se montrent encore. Le 24 janvier survient une hématémèse considérable sans cause appréciable. Le diagnostic est ferme : il s'agit d'une dilatation énorme de l'estomac causée par un rétrécissement cicatriciel du pylore, du fait d'un ulcère simple. Le malade insiste pour que la chirurgie intervienne et il entre le 25 janvier au n° 1 de la salle Lisfranc, dans le service de M. Charles Nélaton que je supplée.

A son entrée dans mon service, il pèse 90 livres tout habillé.

L'opération de gastro-entérostomie est décidée pour le 28 janvier. En raison de la tendance aux hémorrhagies, que présente son estomac, je ne fais subir au malade aucun traitement interne

préparatoire ; pas le moindre lavage de l'estomac. Comme depuis 15 mois, il n'a pas goûté à un aliment solide quelconque, je le considère comme suffisamment préparé et je me borne à lui faire prendre, l'avant-veille de l'opération, un grand bain savonneux, et, la veille, un lavement purgatif.

Le *28 janvier* le malade est chloroformé et le champ opératoire préparé et circonscrit avec soin par des compresses stérilisées. Je me place à droite du malade avec un aide excellent (M. Perruchet, interne du service) de l'autre côté.

Mon incision, située sur la ligne blanche, part à 2 centimètres de l'appendice xyphoïde et se termine à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic, mais je n'arrive pas ainsi à découvrir le bord inférieur de l'estomac dilaté, et je dois prolonger l'incision jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le côlon transverse apparaît alors, et après avoir soulevé doucement l'épiploon, très aminci, je saisis avec deux doigts la première anse du jéjunum, aisément reconnaissable à ce qu'elle est fixée par une de ses extrémités, à l'origine du mésentère, où elle se continue avec la 3e portion du duodénum. J'attire cette anse au devant de l'estomac et j'ai soin, précaution que je considère comme capitale, de lui faire subir un mouvement de torsion tel que son extrémité duodénale se trouve à gauche de l'estomac et son extrémité jéjunale à droite. Je reviendrai plus loin sur ce détail important et sur sa raison d'être. Avec de petites aiguilles montées et de la soie fine, je fais un premier étage de 10 points de Lembert, unissant sur une étendue de 8 centimètres environ l'anse jéjunale à la face antérieure de l'estomac. Ce premier étage siège sur l'intestin à 1 centimètre de l'insertion mésentérique et sur l'estomac à 2 centimètres de la grande courbure. Je fais ensuite un second étage de sutures séro-séreuses semblables aux premières, à 1 centimètre au-dessus de la première rangée, ce qui adosse l'une à l'autre 2 bandes séreuses de 1 centimètre de largeur sur 8 centimètres de longueur (12 points de Lembert). Tous les fils sont coupés ras, sauf ceux des extrémités, que je garde comme repère. Puis, avant d'ouvrir l'intestin, je place de chaque côté de ma ligne de sutures séro-séreuses 2 pinces à mors garnis de caoutchouc pour interrompre la circulation intestinale.

L'ouverture du jéjunum est faite entièrement au thermo-cautère à 1 centimètre au devant des sutures séro-séreuses et sur une étendue de 6 centimètres. Il ne s'écoule pas une goutte de sang, et je peux faire aisément la toilette antiseptique de la cavité intestinale. L'estomac est alors ouvert de la même façon sans, qu'à aucun moment, il s'écoule la moindre quantité de liquide au dehors. Grâce au thermo-cautère, il n'y a pas trace d'hémorragie. La muqueuse de l'intestin est alors unie à la muqueuse jéjunale sur sa demi-circonférence inférieure. Comme l'opération a déjà duré près d'une heure, j'abandonne les aiguilles montées, qui m'avaient servi pour les sutures séro-séreuses, et je ne me

sers plus que de l'aiguille de Reverdin fine. Je fais aussi rapidement la suture muco-muqueuse, en ayant soin d'entrecroiser mes fils en chaîne (11 points de suture). Pour la demi-circonférence antéro-supérieure de la suture muco-muqueuse, je fais des points en U (10 points de suture, de manière à adosser les muqueuses par leurs faces cruentées. L'anastomose se termine alors par 2 étages de sutures de Lembert séro-séreuses analogues aux deux étages du début. J'ai soin, pour le premier étage, de dépasser les extrémités de l'incision des muqueuses de 1 centimètre (17 points), de sorte que le dernier plan de sutures (21 points de suture) a une étendue transversale de 12 centimètres.

Les viscères ont été si exactement protégés par mon aide, M. Perruchet, que je n'ai pas de toilette péritonéale à faire et que je peux terminer rapidement l'opération par la suture de la paroi abdominale (2 surjets profonds au catgut, 13 points superficiels au crin de Florence).

Pansement iodoformé ouaté.

L'opération a duré 1 heure 50. M. Boulai, externe du service, en notait au fur et à mesure les différents temps.

Suites opératoires. — Le malade reste très calme jusqu'à 4 heures. Il est à la diète absolue.

Deux injections d'éther. Deux lavements d'eau tiède. Le soir, un lavement de peptone et de rhum, 4 pilules de 2 centigrammes et demi d'extrait thébaïque. Dans la nuit, 3 injections d'éther contre le collapsus, un demi-verre de bouillon glacé et quelques parcelles de glace.

On est obligé de sonder le malade pendant les 2 premiers jours.

2e *jour.* — Deux lavements d'eau tiède, deux lavements de peptone et de rhum, huit centigrammes d'extrait thébaïque en trois fois. Un demi-verre de lait et un demi-verre de bouillon glacés avec 100 grammes de rhum, dans les 24 heures. Le malade est très pâle et très abattu. Le soir, évacuation de gaz par l'anus.

Injection d'une demi-seringue de solution de morphine à 1/50.

3e *jour.* — Lavement d'eau tiède, puis lavement additionné de glycérine. Le malade urine seul. Trois verres de lait; un verre de bouillon, 100 gr. de rhum, 100 gr. de café, un peu de glace.

Le soir, deux lavements de peptone et de rhum, une demi-seringue de morphine.

4e *jour.* — Etat général très satisfaisant. Deux lavements de rhum et de peptone. Un litre de thé au rhum, 100 gr. de rhum, 100 gr. de café, un litre de lait et 120 gr. de vin de Banyuls, deux verres de bouillon et un peu de glace.

Une demi-seringue de morphine.

Le soir, selle spontanée, mais peu abondante.

5e jour. — Deux lavements de peptone et de rhum, un litre de lait, un litre de thé au rhum, 125 gr. de Banyuls, 100 gr. de rhum, 125 gr. de café, une cuillerée à bouche de poudre de viande dans un peu de bouillon.

Le soir, une demi-seringue de morphine. Le malade commence à fumer des cigarettes.

6e jour. — Pour la première fois, après un lavement, le malade a une selle moulée.

Outre des lavements de peptone et de rhum, un litre de lait et un biscuit dans du Banyuls.

7e jour. — Même régime, plus deux biscuits. Le malade se plaint beaucoup de la faim. Les nuits sont toujours très calmes, mais il dort peu.

8e jour. — Je cède aux instances du malade et je lui fais donner un peu de soupe le matin et un potage à midi. En outre, même régime que les jours précédents.

9e jour. — Même régime. Dans l'après-midi, le malade se plaint d'un malaise général avec un peu de douleur dans la région épigastrique. Tout cède à une injection de morphine.

10e jour. — Même régime.

11e jour. — Une soupe. Deux potages. Lait, etc.

12e jour. — Chocolat au lait. Tapioca au lait. Lavement de peptone, et régime comme plus haut.

13e jour. — Soupe. Tapioca au lait avec un œuf.

14e jour. — Chocolat, potage, tapioca, riz au lait.

15e jour. — Chocolat avec du pain, potage, œuf à la coque.

16e jour. — Le malade est au 1er degré et commence à manger de la viande.

Les fils cutanés ont été enlevés le 9e jour et le malade n'a plus aucun pansement le 16e jour.

Quinze jours après, le malade va se peser et nous constatons qu'il a augmenté de dix livres. Il pèse maintenant cent livres au lieu de quatre-vingt-dix.

Son état général est parfait. Le moral est devenu excellent et le 1er mars il demande à avoir le régime commun. On le met à 4 degrés.

Depuis l'opération, sa température axillaire n'a jamais dépassé 37°5. Actuellement, il a cessé de demander une injection de morphine chaque soir.

Je revois le malade le 12 avril : il pèse 113 livres, il a donc augmenté de 23 livres en deux mois et demi.

Observation LXIII. — *Heinecke*. Rapporté d'après Mikulicz.
(Archiv für klinische Chirürgie 1888. P. 79).

Femme âgée de 32 ans; présente depuis 1880 des manifestations d'un ulcère de l'estomac qui furent suivies par des symptômes typiques de sténose pylorique. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le traitement médical n'ayant rien donné, Heinecke procède à l'opération au mois de Mars 1886.

Incision médiane, estomac dilaté, situation du pylore normale, il adhère au pancréas. Après avoir détruit les adhérences on constate à la paroi postérieure une forte induration. Pour préciser le diagnostic on fait une incision au milieu de la face antérieure du pylore. Mais comme malgré cette incision on ne pouvait arriver sur l'orifice pylorique, à cause de l'épaisseur des parois, on pratique une autre incision verticale perpendiculaire à la première. L'orifice pyrolique ainsi ouvert apparaît tellement rétréci qu'il permet à peine le passage d'une aiguille à tricoter. On prolonge l'incision longitudinale du côté du pylore et du côté de l'estomac, et l'on sent alors avec le doigt introduit dans le pylore un ulcère rond situé sur la paroi postérieure de l'estomac, s'enfonçant dans le pancréas fortement adhérent. Comme le fond de l'ulcère était lisse, on pensa qu'il était cicatrisé et on se préoccupa uniquement de la sténose. On suture alors verticalement la plaie longitudinale de l'estomac. Durée de l'opération : 3 heures.

Tendance au collapsus les premiers jours; écartement des lèvres de la plaie cutanée au 6e jour. Malgré ces incidents, guérison.

Quelques mois après, le poids de la malade avait augmenté de 22 livres et elle allait tout à fait bien.

Observation LIV. — Par MM. *Jayle* et *Thiercelin*. Bulletin de la Soc. anat. 1893. P. 81.

Ulcère simple de l'estomac simulant un cancer. Signes de sténose pylorique. Gastro-entérostomie. Mort.

D..., âgé de 46 ans. En 1889, le malade commença à souffrir de l'estomac; les digestions devinrent pénibles, des vomissements survinrent et peu à peu l'état des forces déclina.

Au commencement de 1892, il entre dans le service de M. le Professeur Hayem, qui constate tous les signes d'une gastrite s'accompagnant de dilatation stomacale due sans doute

à une sténose pylorique. En septembre il se trouve dans le service de M. Gingeot; une hématémèse accompagnée de melœna survient à cette époque, ce qui, joint à la cachexie et à la teinte terreuse du malade, fait songer à un cancer de l'estomac.

En octobre, il revient chez M. Hayem: l'estomac est considérablement dilaté et s'étend jusqu'à mi-chemin de l'ombilic au pubis. Des vomissements abondants surviennent dès qu'on néglige de pratiquer les lavages stomacaux. Le malade étant à jeun, sans introduire de l'eau dans l'estomac, on peut retirer par la sonde de un litre à un litre et demi de liquide qui y séjournait depuis la veille. L'analyse du suc gastrique révèle à chaque examen l'existence d'acide chlorhydrique, même en quantité exagérée.

La santé générale déclina de plus en plus, l'amaigrissement devint considérable, le malade se cachectisa, et la sténose pylorique paraissant être la cause de tout le mal, la gastro-entérostomie fut décidée.

Opération pratiquée par M. le Dr Monod, le 19 janvier 1893. L'estomac du malade avait été lavé la veille et le matin même de l'opération. Incision médiane d'environ 15 centimètres commençant à 4 cent. au-dessous de l'appendice xyphoïde. L'estomac considérablement dilaté se présente de lui-même. La main plongée sous le foie constate une induration mal limitée sur le pylore. La recherche de la première portion du jéjunum est assez facile; l'intestin est attiré en haut par devant le côlon et appliqué à la grande courbure; la partie qui va être suturée est environ à 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Un premier plan de sutures séro-séreuses à points séparés sur une longueur de 8 cent.: un deuxième de même nature. L'estomac et l'intestin sont alors ouverts au thermo-cautère sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Des sutures muco-muqueuses réunissent la muqueuse gastrique à l'intestinale, en arrière d'abord puis en avant. Durant le temps de l'opération il n'y a eu ni hémorrhagie, ni issue de matières stomacales ou intestinales. Un premier plan de sutures séro-séreuses, puis un deuxième complètent l'opération. Suture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération : 2 heures et quelques minutes.

Suites opératoires : Le 19 au soir, le malade est bien. Pas de vomissement chloroformique. Langue bonne. Pouls ferme. Temp. axillaire : 37°6. A pris un demi-verre de champagne dans son après-midi.

La nuit du 19 au 20 est bonne. Le malade a absorbé beaucoup de glace.

Le 20, vers 10 heures et demie du matin, un vomissement abondant d'un liquide noirâtre, près d'un demi-litre. L'état général se modifie à partir de ce moment; le pouls monte à 100 et le malade devient inquiet Le ventre est peu ballonné,

pas très douloureux ; pas de selles. Les urines sont peu abondantes. Pas d'albumine.

L'après-midi, le malade décline rapidement ; des accès de suffocation surviennent, le pouls devient incomptable, les extrémités se refroidissent. T. axillaire : 38°5 le soir.

Mort la nuit sans l'apparition de nouveaux phénomènes.

Autopsie : Immédiatement après la mort, on a pu constater l'existence d'adhérences à peine formées entre le péritoine pariétal et la face antérieure de l'estomac et de l'intestin au niveau de la gastro-entérostomie. Quelques adhérences encore entre les anses intestinales voisines. Pas d'épanchement intrapéritonéal ; à peine un peu de sérosité séro-sanguinolente.

Ouverture de l'estomac au-dessus de la suture gastro-intestinale et ablation d'une partie de la paroi : il sort à flot un liquide noirâtre.

L'autopsie complète est faite le 22 au matin.

L'estomac occupait tout l'hypochondre et débordait largement la ligne médiane à droite. La ligne de suture est parfaite et on remarque qu'en avant et en arrière les surfaces péritonéales de l'intestin et de l'estomac sont unies au-devant d'elle par des adhérences, si bien qu'il faut décoller les séreuses sur l'étendue de quelques millimètres pour voir les points de suture.

Une adhérence intime existe entre l'estomac et le foie et il faut réséquer une partie de ce dernier pour procéder à l'ablation complète de la cavité stomacale.

L'estomac une fois ouvert, on constate au niveau de la petite courbure une large lésion dont voici les principaux caractères : de forme oblongue, son grand axe est perpendiculaire à celui de la petite courbure et mesure 12 centimètres ; sa plus grande largeur atteint 4 centimètres. Sa surface est lisse d'un blanc mat et tranche sur la muqueuse. Les bords en sont nets.

La muqueuse stomacale semble s'arrêter à leur niveau.

Le bord droit longe le pylore et la muqueuse forme là une saillie de 6 à 7 millimètres de haut sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Au-dessus de l'orifice pylorique la saillie disparaît. Le bord gauche est également à peine marqué à sa partie supérieure, mais à sa partie inférieure il se creuse d'une ulcération fistulaire de 3 à 4 centimètres de longueur. La muqueuse stomacale forme là encore une saillie qui va rejoindre celle du côté droit, circonscrivant ainsi la lésion par en bas et la dominant de 6 à 7 millimètres

Sur la moitie de son étendue, la lésion est adhérente au foie.

La coupe qui est d'un blanc jaunâtre montre que cette adhérence est intime et qu'en certains points le tissu pathologique pousse de petits prolongements dans la substance hépatique. A ce niveau l'épaisseur de la lésion est de 1 centimètre tandis qu'au niveau du tissu cellulaire rétro-stomacal elle ne dépasse pas 1 millimètre. En raclant la surface de coupe, on n'obtient pas de suc ; la pointe du bistouri ne pénètre pas dans l'épais-

seur du tissu qui est élastique et le doigt constate encore mieux cette élasticité. Le tissu cellulaire rétro-stomacal est plus dense que d'ordinaire, il est parcouru par des tractus fibreux d'aspect blanc nacré.

Le pylore n'est pas rétréci. Mais en remettant l'estomac en position, on remarque que le bord saillant de la muqueuse signalé plus haut vient en partie obturer cet orifice.

Examen histologique. — Les coupes montrent l'absence de la muqueuse au niveau de la lésion, ce que faisait prévoir l'examen microscopique. Elles prouvent en outre qu'il s'agit de tissu fibreux : on ne trouve, en effet, que des faisceaux fibreux au milieu desquels existent de nombreuses cellules de tissu conjonctif. Ce diagnostic histologique a été vérifié par MM. les professeurs Hayem et Cornil.

Observation LV. — *Van Kleef.* Centralblatt für chirurgie 1882. P. 756.

Résection du pylore dans un cas d'ulcère avec sténose.

Madame R..., âgée de 37 ans, pas mariée, souffre de l'estomac depuis quinze ans déjà. Je l'ai soignée pour la première fois en 1876 pour une dilatation d'estomac. Après un traitement par les lavages d'estomac pratiqués deux fois par jour pendant deux mois, la malade se trouva sensiblement améliorée, et ne ressentit plus que de temps en temps des douleurs légères du côté de l'estomac. Grâce à une diète rigoureuse et un régime approprié la malade alla assez bien jusqu'au mois de mars 1881. A ce moment elle perdit une quantité considérable de sang à la suite d'une fausse couche dont elle fut longtemps à se remettre. Survinrent alors des douleurs d'estomac, avec sensation de pesanteur à la région épigastrique et vomissements d'aliments. Constipation opiniâtre.

Les lavages d'estomac furent recommencés au mois de juin une fois par jour d'abord, puis plusieurs fois. Le contenu de l'estomac était toujours de 4 à 5 litres. Au mois de juillet plusieurs hématémèses surabondantes. Au mois d'août la malade apprit elle-même à faire les lavages d'estomac qui la soulageaient beaucoup. Sa nourriture consistait principalement en lait, œuf et potage. Elle allait à la selle rarement ; deux fois par semaine au plus et en très petite quantité.

Cet état dura sans changement jusqu'au commencement de cette année (1892). La malade, déjà très amaigrie, est prise, le 4 janvier, de deux hématémèses très considérables. Elle présente les signes d'une anémie marquée : vertiges, affaiblissement, palpitation, souffle perceptible à distance. Après trois semaines d'une alimentation par des lavements nutritifs, la malade est

suffisamment rétablie pour aller jusqu'à Maestricht, où elle doit être opérée.

Le diagnostic ne pouvait faire de doute : ulcère d'estomac. Mais comme la terminaison fatale paraissait proche et inévitable, une intervention chirurgicale me semblait indiquée.

Opération le 27 janvier 1882, d'après la méthode de Billroth avec application très rigoureuse des règles antiseptiques. L'estomac avait été préalablement désinfecté par des lavages avec une solution d'acide salicylique.

L'incision est faite obliquement de haut en bas et de droite à gauche à travers la ligne blanche.

L'estomac est séparé du grand et du petit épiploon à l'aide de 13 ligatures faites à la soie antiseptique ; il n'existe pas d'adhérences. On attire le pylore, et après avoir mis en arrière de lui une compresse on pose les bandes compressives de Rydygier. La séparation de l'estomac d'avec le duodénum est effectuée en un temps et suivant une ligne oblique de gauche à droite et de haut en bas. On fait la ligature de trois artères qui saignent, puis on suture la partie supérieure de l'orifice stomacal. On réunit ensuite le duodénum et l'estomac par une suture. On enlève les bandes compressives sans qu'il s'écoule la moindre quantité du contenu stomacal et intestinal. Lavage avec une solution d'acide phénique à 1 %. Nettoyage de la plaie, suture des parois abdominales, pansement de Lister. L'opération a duré depuis le commencement de la chloroformisation jusqu'à la fin du pansement, 1 heure 3/4.

Après l'opération, la malade reste dans le collapsus pendant 2 heures 1/2, elle reprend connaissance après l'injection d'une certaine quantité d'éther camphré. Elle a un vomissement le soir. La malade ne présente pas d'autres accidents. La température la plus élevée est le 3e jour, où elle monte à 38°. Aucun signe de péritonite. Pendant 11 jours l'alimentation est faite au moyen de lavements nutritifs. La malade reçoit le 2e jour de la glace et du vin, le 4e quelques cuillerées de lait, le 6e du bouillon, le 10e jour la malade prend un beefsteak ; puis une nourriture légère, en même temps qu'on cesse les lavements. Les fils de suture sont enlevés au 6e jour. Réunion par première intention.

La malade se lève pour la première fois le 10 février, son poids est de 33 kilogs seulement. Au bout d'une semaine elle pèse 34 kilos 1/2 et maintenant 45 kilos. La malade quitte la maison de santé le 12 mars ; elle a bon appétit, digère assez bien, et a repris ses forces.

La malade peut jusqu'à présent vaquer à ses occupations. Elle souffrait pendant les premiers temps après l'opération d'un léger catarrhe gastrique ; mais dernièrement la malade n'ayant par observé une diète rigoureuse les signes d'atonie et de dilatations stomacales sont reparus ; ils ne cèdent qu'à une diète sévère et à des lavages d'estomac.

La partie réséquée a une longueur de 5 centimètres et une hauteur de 4 centim. 1/2. Le pylore permet le passage d'une plume. On trouve sur la face antérieure un ulcère rond de 1 centim. de diamètre, et de 1 à 2 millim. de profondeur, entouré de plis concentriques et de tissu cicatriciel. La paroi stomacale a une épaisseur de 4 à 5 millim. et au fond de l'ulcère de 8 millim.

OBSERVATION LVI. — *Küster*. — Centralblatt für Chirurgie, décembre 1894, p. 1254.

Louis L..., âgé de 42 ans, maçon, a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 36 ans. A ce moment il est pris sans cause appréciable de douleurs d'estomac et de vomissements qui l'obligent d'interrompre son travail pendant un certain temps. En 1891, à l'âge de 38 ans, il eut une grippe qui le força à garder le lit pendant un mois. Bientôt après, les douleurs et les vomissements commencent à apparaître de nouveau, et les douleurs ne lui permettant plus de travailler, le malade se décide à entrer dans la clinique médicale de Marbourg, le 12 janvier 1894.

On fait le diagnostic de dilatation de l'estomac qu'on traite par des lavages stomacaux quotidiens ; cependant le malade ne paraît pas très amélioré quand il quitte le service le 3 mars. Bientôt après apparaissent des gastrorrhagies abondantes ; les vomissements sont noirs et les matières contiennent aussi du sang. Le malade est d'ailleurs constipé et ne va à la selle qu'avec des lavements et des purgatifs.

Au mois de juin de la même année le malade entre dans la policlinique médicale du Professeur F. Müller. On constate également une dilatation très considérable de l'estomac avec sensibilité très vive à la pression au-dessus de l'ombilic. La grande courbure de l'estomac est située à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le suc gastrique présente une réaction fortement acide et contient de l'acide chlorhydrique libre. Le malade pèse 59 kilos. On fait le diagnostic d'ulcère simple rond de l'estomac.

Comme le malade souffrait beaucoup et que le traitement qu'on avait employé ne donnait pas de résultats bien satisfaisants, le Profess. Müller fait passer le malade dans la clinique chirurgicale.

Il y est admis le 21 juin 1894.

Le malade est un sujet vigoureux mais très amaigri ; le ventre est plat, il ne présente rien de particulier ; on n'arrive pas à sentir les reins. Le malade rend par lavage de l'estomac de grandes quantités d'aliments non digérés. Lorsqu'on provoque la dilatation de l'estomac, la grande courbure se dessine très nettement entre l'ombilic et la symphyse.

Opération le 27 juin 1894. Incision sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Après avoir fortement attiré l'estomac en avant, on sent sur la face postérieure de celui-ci, dans le voisinage de l'antre du pylore, une tumeur peu indurée. On ouvre l'estomac par une incision parallèle à la grande courbure, située sur la face antérieure et à 5 centimètres du pylore. A l'aide d'écarteurs introduits dans la plaie stomacale on arrive à découvrir avec une certaine difficulté la région pylorique, ce qui permet d'y voir une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le pylore est rétréci en une fente étroite qui permet cependant d'introduire le doigt. On procède alors à la cautérisation de la tumeur à l'aide d'un thermo-cautère et ensuite à la réunion avec le jéjunum par gastro-entérostomie. L'estomac est remis en place. Suture de la paroi abdominale.

29 juin. Le ventre est ballonné ; nausées. La face un peu tirée. Pouls 100-120. Comme le ballonnement paraissait se limiter à la région stomacale et que d'autre part les signes d'une péritonite faisaient défaut, on pratique un lavage d'estomac qui donne issue à une grande quantité de liquide jaunâtre. Le malade éprouve un soulagement considérable et le ventre se dégonfle. On est obligé de pratiquer ces lavages jusqu'au 2 juillet plusieurs fois par jour, le ballonnement, les coliques se reproduisant. Nourriture : lait froid. Le même jour le malade rend, après un lavement glycériné, des selles abondantes. A partir de ce moment tous les troubles du côté de l'estomac disparaissent.

9 août. Depuis trois semaines le malade n'a plus présenté aucune complication, il supporte très bien tous les aliments et s'est considérablement amélioré. Son poids a augmenté de 3 kilos. Il part complètement guéri.

6 octobre. Le malade est examiné par le professeur Müller et l'examen donne les résultats suivants : le poids du malade est de 68 kilos au lieu de 59 avant l'opération; le bord inférieur de l'estomac, après gonflement de l'organe, est situé à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic. Suc gastrique sans acide chlorhydrique libre.

L'état de santé du malade a pu être constaté encore dernièrement.

OBSERVATION LVII. — Dr *Albin Lambotte* (Anvers). Annales de la Société belge de Chirurgie, 15 avril 1896.

Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore.

« La nommée Louise Devis, âgée de 27 ans, vint me consulter en 1893 pour une maladie de l'estomac dont elle souffrait depuis cinq ans déjà. Traitée successivement pendant cette

période par plusieurs médecins, elle n'avait obtenu aucune amélioration de son affection. A cette époque, elle n'accusait que des symptômes de gastrite acide : régurgitations fréquentes, vomissements après le repas. Chaque repas était suivi de violentes douleurs, et celles-ci ne cessaient qu'après l'expulsion des aliments à demi digérés. La pression au niveau du creux épigastrique était fort douloureuse, mais jamais la patiente n'avait eu d'hématémèses ni de melœna, tout au plus les vomissements étaient-ils parfois striés de filets de sang. J'eus recours au régime lacté et à un traitement médical sans aucun succès.

En 1894, la malade, que j'avais perdue de vue pendant quelques mois, vint me retrouver; son état s'était encore aggravé. Je la soumis au lavage de l'estomac et j'obtins, de prime-abord, une amélioration qui ne fut que passagère. Les symptômes reparurent, en effet, bientôt avec une nouvelle intensité, l'intolérance gastrique était complète, la morphine seule procurait quelque soulagement aux violentes douleurs que la patiente endurait. Cependant, malgré un amaigrissement assez prononcé, l'état général était toujours fort bon.

Cet état resta stationnaire jusqu'au commencement de 1895; à cette époque, des hématémèses abondantes apparurent brusquement et se repétèrent coup sur coup, pendant quinze jours, amenant ainsi un affaiblissement extrême. Au mois de septembre, de nouvelles hémorragies se produisirent, mettant par leur abondance la vie en danger. Il devenait évident qu'une terminaison fatale se préparait : l'amaigrissement faisait des progrès rapides, les vomissements continuels rendaient la nutrition impossible, la répétition des hématémèses devenait une menace de mort rapide. Je proposai alors à la malade, comme dernière chance de guérison, une intervention chirurgicale. Mais la crainte du bistouri lui fit repousser cette proposition. Son état, si précaire, s'aggrava au point qu'elle perdit 10 kilogrammes de son poids, d'octobre à janvier, date à laquelle elle vint me prier de l'opérer.

Je pratiquai l'opération à l'Institut Sainte-Camille, à Anvers, le 13 février 1896, avec l'aide de mes confrères Van de Wiele et Herman. MM. les docteurs Willems, Jacobs, Van de Vout, Henrotay et Meeckers me firent l'honneur d'y assister. J'incisai l'abdomen sur la ligne médiane depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. Cette distance était très courte sur cette malade et, pour avoir un jour suffisant, je dus ajouter un débridement en bas et à gauche de l'ombilic.

Le ventre ouvert, je constatai aussitôt l'existence d'une dilatation considérable de l'estomac, la grande courbure descendait plus bas que l'ombilic.

J'attirai l'estomac hors du ventre, ce qui fut aisé, vu l'absence d'adhérences.

Au niveau du pylore, le péritoine était blanchâtre, épaissi

et ridé; la palpation renseignait un épaississement des parois et l'épaississement était nettement limité par un rebord induré. Ces constatations coïncidant avec les symptômes cliniques présentés par la malade rendaient le diagnostic d'ulcère simple évident.

Je me décidai immédiatement pour la gastro-entérostomie. L'extirpation du pylore ne me parut pas indiquée, d'abord à cause de la faiblesse de la malade, qui eût difficilement supporté une semblable opération, ensuite parce que les lésions étaient évidemment de nature ulcéreuse et pouvaient, par conséquent, guérir en supprimant la stagnation des aliments dans l'estomac.

Je déchirai l'épiploon gastro-colique avec les doigts et je repoussai tout le grand épiploon dans l'arrière-cavité, à la façon de Doyen. Le côlon transverse fut fixé tout le long de la grande courbure de l'estomac par des points séparés de suture séro-musculaire à la soie. J'amenai ensuite dans la plaie la première anse du jéjunum et je la disposai obliquement le long de la grande courbure. Un large pli de l'estomac fut isolé au niveau de l'antre pylorique, au moyen de pinces élastiques, et la même manœuvre répétée sur l'intestin à environ 30 centimètres de l'attache duodénale.

Je procédai à l'anastomose gastro-intestinale de la manière suivante : Je plaçai un premier rang de suture continue séro-séreuse à la soie fine entre l'estomac et le jéjunum sur une longueur de 10 centimètres et parallèlement à la grande courbure. Un demi-centimètre plus en avant, je plaçai un second rang identique, mais plus court d'un demi-centimètre à chaque extrémité. J'incisai ensuite l'estomac et le jéjunum en avant de ces sutures, sur une longueur de 4 centimètres; les cavités furent épongées à l'acide phénique. Une suture circulaire continue comprenant toutes les tuniques aboucha les deux orifices.

Je terminai enfin par deux rangs de sutures séro-séreuses. Toutes ces sutures ont été faites à la soie très fine (soie tressée), sauf la suture muco-muqueuse faite à la soie plus forte (nº 2). Je me suis servi uniquement d'aiguilles à coudre, longues de 6 centimètres (aiguilles des modistes). Fermeture du ventre par deux étages de sutures.

Une cyanose considérable des tissus allongea notablement l'opération, chaque piqûre de l'aiguille donnait lieu à un écoulement sanguin nécessitant un épongeage continuel; cependant la durée totale ne dépassa pas 40 minutes.

Après l'opération, réveil rapide; pouls calme et régulier, peu de douleurs. Dans l'après-midi, vomissement verdâtre, peu abondant. Le soir, P. 100; T. 37-4, état très bon, plus de vomissement. Douleurs modérées; injection de morphine de 2 centigr.

14 février. — Pendant la nuit, quatre selles liquides (effet tardif d'un purgatif administré avant l'opération). La dernière

selle est constituée par du sang caillé. P. 100, T. 37-6. — Dans la matinée, encore deux selles sanguinolentes et un vomissement teinté de sang. Après-midi, état très bon. Le soir, T. 37-2. P. 96.

15 février. — P. 92, T. 37-8. Va très bien, plus de vomissement, peu de douleurs; plus de selles. Prend du lait par cuillerées.

16 février. — Une selle normale. Prend 3/4 de litre de lait dans la journée.

17 février. — Prend un litre de lait et un œuf. Plus de vomissement ni de douleurs.

18 février. — Pansement, ablation des sutures cutanées. Les douleurs ont presque disparu; il persiste seulement un peu de sensibilité à la pression au niveau du creux épigastrique. Régime : un litre de lait, du bouillon et deux œufs. La digestion est parfaite.

19 février. — Régime : lait, bouillon, œufs, *viande rôtie* et *pain*.

20 février. — Idem.

21 février. — Même régime, plus un peu de *bière* et des *légumes*. La malade se lève et est pesée (46 kilogrammes).

Le 1er mars, l'opérée quitte l'Institut.

Trois semaines après l'opération, elle avait déjà regagné 4 kilogrammes de son poids (50 kilogrammes au commencement de mars). Depuis l'opération, les vomissements ont entièrement disparu et les douleurs gastralgiques sont absolument supprimées. Actuellement, l'opérée ne ressent plus aucun trouble; la constipation qu'elle présentait auparavant a fait place à des selles régulières et normales: l'appétit est considérable et, bien qu'elle ait repris le régime d'une personne bien portante, les digestions s'exécutent sans la moindre gêne.

Observation LVIII. — *A. Lambotte.* Annales de la Société belge de Chirurgie, 15 octobre 1896.

Ulcère invétéré de l'estomac. Gastro-entérostomie.

M. F..., de Berchem, âgé de 56 ans, souffre de l'estomac depuis son enfance. A l'âge de 12 ans (en 1852), il éprouva ses premières crises gastralgiques: l'affection débuta sans cause connue, les douleurs ne s'accompagnaient pas de vomissements. Pendant un an les accès douloureux se répétaient journellement, puis disparurent pendant plusieurs années. Vers l'âge de 20 ans, de nouveaux accès se produisirent suivis d'une nouvelle accalmie Enfin, en 1870, les douleurs reparurent avec plus d'intensité et depuis cette époque, n'ont plus cessé.

Le malade n'a jamais eu ni vomissements ni hémorragies. Les douleurs qu'il accuse siègent au creux épigastrique, elles sont continues, mais s'exacerbent sous forme de crise, environ une heure après les repas et durant plusieurs heures. Inutile de dire que le malade a fait depuis 44 ans, l'essai de toutes les médications, il a passé par les mains de dix-huit médecins, ssns obtenir de soulagement. Malgré la durée de la maladie, l'état général est bon, bien que l'amaigrissement ait fait de grands progrès dans les derniers temps.

L'examen du ventre ne révèle rien de bien caractérisé, l'estomac est dilaté, mais on ne sent pas de tumeur. Le lavage de l'estomac que le malade se pratique lui-même ramène souvent des débris alimentaires non digérés.

Le 2 septembre 1896, je pratiquai la laparotomie à l'Institut Sainte-Camille, à Anvers, avec l'assistance de MM. Van Bogaert et Justement. Je constatai les lésions suivantes : estomac fortement dilaté, descendant plus bas que l'ombilic; sur la face antérieure de l'antre pylorique, cicatrice étoilée grande comme la paume de la main, dure et rétractée, fixant le pylore à la face inférieure du foie. Profondément sous le foie, au niveau du pylore et de la petite courbure, masse indurée, grosse comme un œuf et de nature indéterminée.

Foie sclérosé adhérent aux organes voisins.

Je pratiquai la gastro-entérostomie au moyen de sutures. Le côlon transverse fut fixé à l'estomac par cinq points séparés, puis le jéjunum abouché à la face antérieure de l'estomac.

Je plaçai seulement deux rangs de sutures continues, un rang séreux, un rang muqueux.

Toute l'opération dura trente minutes.

Les suites de l'intervention furent des plus heureuses. Le premier jour seulement, le malade eut quelques vomissements brunâtres ; dès le deuxième jour, l'alimentation lactée fut supportée. Selle normale le troisième jour.

Viande hachée, à partir du cinquième jour. Le malade se lève le septième jour et se promène aujourd'hui.

Vers le quinzième jour, il a repris une alimentation complète (lait, viande, légumes, pain).

Le 19, le malade quitte l'Institut. Son poids est monté de 52 1/2 kilos à 54 1/2. Les douleurs ont presqu'entièrement disparu, il n'accuse plus qu'un peu de ballonnement, au moment de la digestion.

Actuellement (15 octobre), le poids du corps est de 59 kilos. La gène de la digestion a disparu, et il n'y a plus la moindre douleur.

(Note envoyée par M. Lambotte) : j'ai revu récemment l'opéré (15 janvier 97), il est enchanté de son opération. L'alimentation est abondante, les digestions faciles et sans douleur. Le poids du corps est monté à 62 kilos.

Lauenstein. Deutsche Zeitschrift für Chirürgie 1894. Bd 44. 3 und 4 Heft.

(Observations tirées du tableau publié dans le mémoire).

I. — *Résection du pylore.*

Observation LIX.

H.... graveur, 47 ans. — Depuis 10 ans accès de boulimie accompagnés de vomissements, disparaissant après ingestion des aliments. Ces accès surviennent depuis six mois deux ou trois fois par jour. Depuis quatre semaines sont apparus des douleurs et des vomissements alimentaires. Amaigrissement et affaiblissement progressifs. Une hématémèse. Pas de tumeur à l'examen. Grande courbure située à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Clapotement très net.

D. Sténose du pylore, dilatation de l'estomac.

Opération le 29 janvier 1885.

Incision sur la ligne médiane. Induration au niveau du pylore, surtout prononcée dans le voisinage de la petite courbure où la séreuse est épaissie. Plusieurs ganglions engorgés dans le grand épiploon. Le pylore est un peu adhérent en arrière. Ligature du grand épiploon entre quatre ligatures. Séparation provisoire du duodénum par des clamps et une sonde élastique: incision dans la partie isolée; décollement des adhérences de la face postérieure de l'estomac. Ligature du petit épiploon. Séparation du pylore de l'estomac, précédée d'une pose de clamps. On enlève ensuite la fermeture du duodénum qu'on réunit avec l'estomac. Suture des parois abdominales. Durée de l'opération : 1 heure 1/4.

La longueur de la plaie enlevée est de 5 centimètres au niveau de la petite courbure et de 4 centimètres au niveau de la grande. Circonférence de l'orifice stomacal : 17 centimètres ; de l'orifice duodénal : 10 centimètres. Ulcère simple au niveau de la petite courbure. L'orifice rétréci du pylore laisse à peine passer un crayon.

Mort le 30 janvier 1885.

Autopsie. Dans la fosse iliaque gauche, et le petit bassin, liquide louche et rougeâtre. Adhérences fibreuses de nouvelle formation entre l'estomac et le duodénum.

Observation LX. — *Lauenstein*. (Id.)

M..., cordonnier, 38 ans. Depuis trois ans troubles du côté de l'estomac, éructations, sensations de cuisson et de pesanteur. Depuis quatre mois des vomissements tous les jours, en général

le soir, lorsque le malade se couche. Jamais de vomissements de sang. Amaigrissement considérable. Estomac très dilaté. Pas de tumeur ; clapotement. Le suc gastrique ne contient pas d'HCl libre, pas de sarcines ; par contre il contient de l'acide lactique.

D. Ulcère simple de l'estomac avec sténose pylorique.

Opération, 18 décembre 1888. Incision médiane. La grande courbure est située à égale distance entre l'ombilic et la symphyse. Au niveau du pylore induration en anneau. Séparation du grand et petit épiploon. Résection du pylore. L'orifice très étroit du duodénum est élargi par une incision de la paroi postérieure sur l'étendue de 1 cent. Réunion de l'intestin avec l'estomac. Suture de la plaie abdominale. Durée de l'opération : 1 heure 40.

Longueur de la pièce réséquée : 3 cent. 6. L'orifice pylorique permet le passage d'une sonde. Sur la muqueuse, près du pylore, trois ulcères plats de la largeur d'une pièce de deux francs.

Mort le 19 décembre dans le collapsus.

Autopsie : Cavité péritonale tout à fait aseptique. Ligne de suture partout suffisante.

Observation LXI. — *Lauenstein.* (Id.)

M.... cordonnier, 52 ans. Souffre de l'estomac depuis dix ans : vomit depuis trois mois. Constipation opiniâtre. Ses forces diminuent. Dans la région épigastrique, tumeur mobile, dirigée transversalement, de la grosseur d'un œuf. Pas d'acide chlorhydrique libre ; par contre, de l'acide lactique. Capacité de l'estomac : 1600 cent. cubes.

D. Cancer du pylore développé sur ancien ulcère.

Opération, 21 décembre 1888. Incision sur la ligne médiane ; le pylore est enclavé dans une tumeur dure, du volume du poing. Séparation du grand et du petit épiploon entre deux ligatures. Ligature élastique du duodénum et section de celui-ci. Section de l'estomac. Réunion des deux orifices. Sutures profondes et superficielles des parois abdominales. Durée de l'opération : 1 heure 33.

Longueur du pylore réséqué : 7 cent. au niveau de la petite courbure, 9 cent. au niveau de la grande. Circonférence de l'orifice duodénal : 10 cent. ; de l'orifice stomacal : 16 cent. Epaisseur des parois : 2 cent. Près du pylore un ulcère à parois très épaissies. L'orifice pylorique laisse passer la pointe des ciseaux ; pas d'orifice visible.

La guérison se produisit sans accidents. Le malade quitte la clinique le 15 janvier 1889. Son poids a augmenté de 38 livres.

L'examen microscopique montre qu'il n'existe aucune altération cancéreuse.

Observation LXII. — *Lauenstein.* (Id.)

B..., ouvrier, 42 ans. Souffre de l'estomac depuis six ans. Vomissements de matières très acides survenant après chaque repas. Inappétence. Constipation. Amaigrissement progressif. Grande courbure descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de tumeur, pas d'HCl libre.

D. Ulcère simple avec sténose du pylore.

Opération, 26 avril 1894. Incision médiane. Le pylore couvert par le foie porte une tumeur dure du volume d'une noix. La séreuse est très épaissie. Dans le voisinage du pylore, quelques ganglions. Le duodénum est très court. On doit abandonner la pyloroplastie car la paroi épaissie ne permet pas une réunion dans le sens transversal. On procède à la résection du pylore. Sutures stomacales et des parois abdominales. Durée de l'opération : 1 heure 16.

Partie réséquée longue de 4 cent. Epaisseur des parois 1 cent. 3 en haut, 2 cent. en bas. L'orifice pylorique fait complètement défaut. Ulcère de la petite courbure.

Tout marcha d'abord bien, mais l'affaiblissement alla en s'accentuant. Il y eut éventration, un peu de suppuration. Mort le 5 mai.

Autopsie. Pas de péritonite. Au-dessous de la partie réséquée, un hématome du volume d'un œuf de pigeon. Adhérences nouvelles entre la petite courbure et le fond.

II. *Pyloroplastie*

Observation LXIII. — *Lauenstein.* (Id.)

R..., couturière, 42 ans. Depuis deux ans, douleurs de l'estomac et dans le dos (point rachidien). Vomissements après les repas. Constipation. État général bon. Palpation douloureuse à droite et en haut de l'ombilic, où existe une tumeur du volume d'une petite pomme.

D. Ulcère du pylore.

Opération, 28 mars 1889. Incision sur la ligne médiane. La tumeur occupe le pylore. Le pylore et l'estomac présentent des adhérences à gauche et en arrière. Pas de ganglions. Incision longitudinale sur le pylore. Suture transversale ; mais à cause de l'épaisseur et de la rigidité des parois stomacales les sutures déchirent la muqueuse. Suture des parois abdominales. Durée de l'opération : 52 minutes.

2 avril : Péritonite par perforation à la suite du relâchement des sutures. Mort.

Observation LXIV. — *Lauenstein.* (Id.)

E.... paysan, 34 ans, souffre de l'estomac depuis 1889. Vomissements fréquents, crampes d'estomac. Son état s'aggrave depuis 1893. Amaigrissement considérable. Estomac pas dilaté. Pas de tumeur. Sensibilité à la pression au creux épigastrique. Pas d'HCl libre dans le suc gastrique. Seulement de l'acide lactique.

D. Sténose pylorique consécutive à un ulcère.

Opération le 4 juin 1895. Incision sur la ligne médiane. Adhérences entre la vésicule biliaire et le còlon transverse. Le pylore induré se laisse difficilement attirer. Incision du pylore longitudinalement sur une étendue de 6 à 7 cent. Épaisseur des parois 2 à 3 cent. L'orifice pylorique est complètement rétréci. Suture transversale de l'incision. Suture des parois abdominales. Durée de l'opération : 45 minutes.

A la suite de l'opération, élévation de température. Suppuration de la plaie, formation d'une fistule gastrique. Mort par péritonite le 21 juin 1895.

Autopsie. — Couche de pus sur la face supérieure du foie, sur l'estomac. Abcès du foie. Fistule gastrique à la suite du relâchement de deux fils de suture.

III. — *Gastro-entérostomie*

Observation LXV. — *Lauenstein.* (Id.)

Mademoiselle M..., ménagère, 34 ans. Souffre depuis très longtemps de vomissements. Dernièrement amaigrissement considérable. Dilatation légère de l'estomac. Clapotement très net. Pas de tumeur. HCl libre dans le suc gastrique.

D. Sténose consécutive à un ulcère.

Opération le 25 août 1893. Incision médiane. Adhérences de la grande courbure avec la paroi abdominale. Section de ces adhérences entre ligatures. Après agrandissement de l'incision on peut voir que le pylore et la petite courbure adhèrent fortement au foie. Gastro-entérostomie ; la nouvelle ouverture laisse passer deux doigts. Durée de l'opération : 67 minutes.

La malade sort guérie le 25 novembre 1893. Depuis elle s'est toujours bien portée.

Observation LXVI. — *Lauenstein* (Id.)

D..., ouvrier, 35 ans. En mai 1894 il présente des douleurs d'estomac, des vomissements noirs, de l'amaigrissement. Après une amélioration passagère, aggravation des symptômes en mai 1895. Il est alors forcé de s'aliter. Amaigrissement considérable. Pas de tumeur. Estomac dilaté, sensible à la pression. HCl libre.

D. Ulcère d'estomac avec adhérences.

Opération le 28 novembre 1895. Incision médiane. L'estomac descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Adhérences fibreuses entre le pylore et le foie. Décollement de ces adhérences. Le pylore, méconnaissable, adhère fortement au pancréas. Au niveau de la petite courbure, induration comme une pièce de 2 francs. Adhérences entre l'épiploon et la paroi abdominale. Décollement de ces adhérences. Gastro-entérostomie par le procédé de Wölfler.

Durée de l'opération : 45 minutes.

5 décembre : rupture de la paroi abdominale après enlèvement des fils: issue de l'intestin. On le rentre et on suture la paroi. Pas d'autre accident qu'un urticaire.

7 janvier 1896 : le malade sort guéri; il a augmenté de poids et son état général est bon.

Au mois de septembre 1896, le malade se présente tout à fait bien portant et pouvant travailler.

Observation LXXVII. — *Lauenstein.* (Id).

H..., femme de chambre, 52 ans. Au mois de décembre 1892, hématémèse, douleurs d'estomac. En 1893, de nouveau une hématémèse. Douleurs survenant après les repas. Sensibilité à la pression au niveau du creux épigastrique.

D. Ulcère d'estomac ou cicatrice à la suite d'un ulcère.

Opération le 11 février 1896. Incision médiane. Sur la paroi postérieure du pylore, une plaque de tissu cicatriciel dur, rétractile, de la grosseur d'une pièce de 50 cent. Adhérences légères ; le pylore est un peu rétréci. Gastro-entérostomie.

Durée de l'opération : 1 heure.

Un peu de fièvre; abcès musculaires de la paroi abdominale. Le 26 février, incision sous le chloroforme. Après quoi, la guérison se produit sans accident. La malade est encore affaiblie, mais elle se porte bien. Les digestions se font très bien.

Observation LXVIII. — *Mikulicz*. Archiv für klinische Chirürgie. T. 37. 1888. P. 79.

Le nommé Zaskin, âgé de 40 ans, présente depuis 18 ans des troubles du côté de l'estomac (sensations de faim continuelles, douleurs après chaque repas, renvois). Malgré une cure à Karlsbad pendant huit ans, les troubles s'aggravèrent de plus en plus. Il y a trois ans on constatait déjà une dilatation considérable de l'estomac ; puis apparurent des vomissements noirs. Les douleurs devinrent tellement vives que le malade fut obligé de se faire plusieurs fois par jour des injections de morphine. Le malade s'anémiait et dépérissait de plus en plus.

Il se présente à nous le 10 mai 1886 à Cracovie. L'estomac dilaté descend jusqu'à la symphyse ; à la palpation, consistance plus grande au niveau du pylore, où l'on trouve une tumeur dure, immobile, limitée. HCl libre dans le suc gastrique. Les aliments séjournent dans l'estomac.

Pendant quatre semaines on fait des lavages avec de l'acide borique et de l'acide salicylique, Comme le malade déclarait qu'il aimait mieux mourir que continuer cette existence pénible, et que je croyais à un ulcère ayant déterminé des adhérences du pylore avec les organes voisins, je me décidai à faire une gastro-entérostomie.

Opération le 11 juin. Gastro-entérostomie sans accidents. Le pylore présente des adhérences avec le foie et le pancréas. Les parois de la portion pylorique sont fortement épaissies. Durée de l'opération : une heure.

Le malade se lève le 1er juillet et quitte Cracovie le 8 juillet.

Tous les troubles du côté de l'estomac ont disparu, excepté les douleurs et la constipation. Un an après l'opération le malade va bien, seulement les douleurs ont persisté, et seraient même devenues plus vives dernièrement.

L'auteur attribue ces coliques à la compression du côlon transverse.

Observation LXIX

Ricard. (Tirée de la thèse de M. Trognon. Paris 1893).

Sténose pylorique de nature probablement cicatricielle. Gastro-entérostomie. — Guérison.

L. Vincent, 37 ans, marinier.

Rien de spécial à noter au point de vue des antécédents héréditaires : père et mère âgés de 68 et 67 ans, toujours bien portants l'un et l'autre.

Une sœur âgée de 26 ans, en excellente santé et mère de cinq enfants n'ayant jamais été malades.

Sept autres frères et sœurs morts, les uns dans la première enfance, les autres de fièvre typhoïde, un frère mort de dysenterie pendant son service militaire.

Aucun antécédent néoplasique dans la famille.

Marié, L... a eu cinq enfants, dont trois sont morts encore tout jeunes, soit de rougeole, soit de variole. Aucune trace de syphilis. Ethylisme très probable. Le malade avoue quelques habitudes d'intempérance, et entre autres l'habitude qu'il avait de prendre, dès le matin, avant de se mettre au travail, une certaine quantité d'eau-de-vie.

L'affection actuelle débuta il y a neuf ans, par une douleur vive, comparée par le malade à un coup de fouet, et ressentie brusquement au niveau du creux épigastrique. Ce symptôme qui n'avait jamais, au dire du malade, été précédé d'aucun autre, fut suivi de vomissements alimentaires sanguinolents.

Depuis ce moment, la douleur épigastrique n'a pas cessé de se manifester, avec des périodes d'exacerbation. Cette douleur, fixe, avec irradiations dans l'abdomen (pas de douleur en broche), était augmentée par l'ingestion des aliments, des liquides acides, et diminuée après les vomissements.

Ceux-ci se manifestaient à peu près régulièrement une demi-heure, trois quarts d'heure après le repas. Ils étaient, le plus souvent, alimentaires. Toutefois, tous les cinq ou six mois environ, le malade rendait du sang noir, pulvérulent, qu'il compare lui-même à du marc de café. A noter : deux hématuries survenues à la suite des efforts faits pour vomir.

Rien de particulier du côté des organes génito-urinaires.

Le malade est vu par plusieurs médecins qui lui prescrivent le régime lacté absolu, et lui donnent à prendre du bicarbonate de soude. Il y a 2 ans, un médecin lui fait 3 lavages de l'estomac. Ce traitement a dû être interrompu faute d'argent. Ces lavages ont été pratiqués normalement, et n'ont occasionné aucune hématémèse.

Le malade entre à la Pitié le 28 août 1892, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin, qui porte le diagnostic de dilatation de l'estomac. Traitement : vésicatoires, pointe de feu sur la région épigastrique, lavages d'estomac 2 fois par jour. Aucune hématémèse à signaler pendant la durée du traitement.

Le malade est mis au régime lacté, mais l'intolérance de son estomac est absolue. Les selles n'ont lieu que tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines, et avec l'aide de lavements répétés. Le malade a même passé, avant son entrée à l'hôpital, une période de un mois sans aller à la selle.

L'amaigrissement est considérable, le poids, qui était, avant l'apparition de tous symptômes, de 178 livres, n'est plus, lorsque le malade quitte le service de M. Moutard-Martin, le 24 mars 1893, que de 110 livres.

Le malade entre immédiatement à Necker, dans le service de M. Ricard. Au moment de son entrée, il n'était pas absolument cachectique mais dans un état d'inanition très grande, mourant, dit-il, de faim et de soif. Outre l'amaigrissement extrême, il a la voix cassée, un œdème des jambes.

A l'examen de la région épigastrique on ne trouve que les signes classiques de la dilatation gastrique, avec clapotement stomacal. L'estomac dépasse l'ombilic. Pas de néoplasme appréciable. Pendant les 3 jours qui précèdent l'opération, la température se maintient entre 37° et 37°4.

Opération, le 29 mars. Incision de la ligne médiane sur une longueur de 12 à 15 centimètres. Découverte facile de l'estomac, épais, charnu, descendant jusqu'à l'ombilic. En arrière, et au-dessus, le côlon transverse est aminci et très distendu par des gaz.

L'estomac, le côlon transverse et le grand épiploon sont extraits de l'abdomen et relevés. On trouve facilement le jéjunum, reconnaissable à sa fixité, son épaisseur et sa coloration rosée. Une boutonnière est pratiquée dans le méso-côlon transverse, l'anse jéjunale y est introduite et attirée près de la face postérieure de l'estomac.

Incision verticale de 5 centimètres, sur la face postérieure de l'estomac, près du pylore. L'extrémité inférieure de l'incision descend presque jusqu'à la grande courbure. L'anse jéjunale a été préalablement fixée, par un surjet, à la face séreuse de l'estomac. Une incision est pratiquée sur l'intestin, de même dimension que l'incision gastrique. Elle est faite sur le bord non mésentérique de l'anse, et suivant le grand axe de l'intestin. Toutes ces manœuvres se font hors de la cavité abdominale. Deux aides compriment entre leurs doigts la lumière de l'intestin et, en faisant un pli à l'estomac, au-dessous de l'incision, empêchent toute communication avec la cavité. Les bords de la plaie sont suturés avec de la soie fine et à points séparés (suture de Lembert), sur la face séro-séreuse. Le premier surjet qui fixait l'intestin d'un côté et qui n'avait pas paru régulièrement serré, est consolidé par une rangée de sutures de Lambert. qui sont encore placées circonférenciellement aux points qui paraissent le moins solidement réunis. En réalité, il y a ainsi deux lignes de sutures séro-séreuses.

L'anse fixée est tirée à travers la boutonnière méso-colique, au contact de laquelle on amène la face postérieure de l'estomac.

Les organes sont réduits et la cavité abdominale est fermée. L'opération, commencée à 10 h. 5, a été terminée à 11 h. 25.

Vingt-cinq grammes de chloroforme absorbés. Une piqûre d'éther. Réveil complet à 1 heure.

Le malade se plaint de douleurs épigastriques, revenant par

crises. Pas de vomissements. On donne dans la journée de petits fragments de glace.

Le lendemain, même état, quelques cuillerées à bouche de champagne glacé.

Le 31, on continue la glace et on donne 6 cuillerées de lait, bouillon glacé, champagne.

Le *3 avril*. — Trois demi-verres de bouillon, de lait, de champagne. Glace.

Les douleurs épigastriques qui s'étaient manifestées le jour de l'opération ont disparu complètement dès le surlendemain. Les vomissements n'ont pas reparu. La température s'est maintenue entre 36°6 et 38°3.

Le 6. — On procède à l'ablation des sutures abdominales, la réunion paraissant complète.

Le 7. — La température monte brusquement à 38° et l'on constate chez l'opéré, les symptômes d'une bronchite légère. Le soir du même jour, vers 8 heures, à la suite d'efforts de toux, les adhérences de la plaie abdominale, incomplètes encore, se rompent brusquement et il se produit une éventration complète. L'interne du service, appelé, fait immédiatement 12 points de suture au crin de Florence.

Ces crins ne furent enlevés qu'au bout de 18 jours.

Dix jours après l'opération, le malade prenait un potage et un œuf, deux jours plus tard, une petite côtelette de veau et un peu de pain.

Quinze jours après l'opération, 2 vomissements bilieux qui depuis ne se sont pas reproduits. Le malade déclare n'avoir fait aucun excès dans la journée. Malgré cet accident, l'alimentation est continuée. Actuellement le malade est au 4e degré et avoue ne pas pouvoir satisfaire son appétit qui est considérable. Il a 2 ou 3 selles par jour, de matières moulées, et commence à engraisser.

Le 7 *mai*, en effet, son poids était de 65 kilogr., 10 kilogr. de plus que la veille de l'opération.

Après l'opération, et après la palpation du pylore, M. Ricard ne peut encore se prononcer sur la nature de la sténose pylorique. Le pylore était irrégulièrement dur, mais il n'y avait pas de masse surajoutée. M. Ricard incline vers une sténose d'ordre cicatriciel, mais sans pouvoir l'affirmer.

Observation LXX. — *Rydygier*. — (Berl. klin. Wochenschrift, 1882, n° 3.

Premier cas de résection de l'estomac pratiqué pour un ulcère simple

Caroline Pfennig, âgée de 30 ans, entre dans notre clinique le 16 novembre 1881. Le père de la malade a 70 ans, il se porte très bien ; la mère est morte à la suite d'une grossesse :

les frères et sœurs sont bien portants ; en un mot, pas un membre de la famille n'a souffert d'une maladie d'estomac.

La malade a été réglée à l'âge de 18 ans, depuis les règles sont venues régulièrement. Mariée à l'âge de 24 ans, elle a été trois fois enceinte : la troisième fois elle accoucha d'un enfant mort. Les deux premiers enfants sont morts peu de temps après leur naissance.

Depuis 1878 la malade a présenté quelques troubles du côté de l'estomac, troubles qui s'accompagnaient de perte absolue de l'appétit. Elle ne consulta, à ce moment, aucun médecin, considérant son mal comme insignifiant.

Ce n'est que dans la 2e moitié de la dernière grossesse (depuis octobre 1879 à février 1880) que son mal commença à s'aggraver : survinrent des renvois acides fréquents, puis des vomissements une fois par semaine d'abord, puis tous les jours ensuite. Quinze jours avant son accouchement se produit une première hématémèse, accompagnée de melœna. A partir de ce moment les vomissements sont presque continus, ils durent encore ; et ces derniers temps, ils se produisirent d'après le type suivant : la malade se nourrissait exclusivement d'aliments liquides, l'estomac se dilatait peu à peu ; pendant quelques jours tout allait à peu près, puis survenaient au bout de trois ou quatre jours des souffrances, un peu de fièvre jusqu'à ce que vint le vomissement. Ces vomissements arrivent tous les six à huit jours. Les matières vomies sont en grande quantité (huit à dix litres chaque fois) et présentent une odeur pénétrante.

Etat actuel de la malade, 16 novembre 1881.

La malade est de taille moyenne, de constitution assez forte.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen du cœur et du poumon, le foie n'est pas augmenté. L'examen de l'appareil digestif donne les résultats suivants : la langue est un peu chargée : il est facile de provoquer du clapotement stomacal ; on peut introduire dans l'estomac dilaté jusqu'à cinq litres d'eau et l'on peut alors délimiter l'estomac ; la grande courbure atteint la symphyse ; la petite courbure est située à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on trouve une résistance un peu plus considérable, mais peu nette à trois ou quatre travers de doigt à droite de l'ombilic. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

A la suite de cet examen on pose le diagnostic : Ulcère simple de l'estomac avec rétrécissement consécutif du pylore, suivi de dilatation considérable de l'estomac. Le même diagnostic a été posé par mes collègues les Docteurs Léopold et Hirschfeld qui m'avaient envoyé le malade.

J'étais tellement convaincu qu'une résection de l'estomac était indiquée dans ce cas que je proposai à la malade une opération qu'elle accepta. Je considérais l'opération d'autant plus indiquée que j'avais encore présent à l'esprit un cas de

E. Wagner (Berl. klin. Wochenschrift 1881), où la mort avait été causée par un rétrécissement du pylore consécutif à un ulcère.

Quelques jours avant l'opération, lavages de l'estomac avec de l'eau et de l'acide salicylique ; la veille, purgatif et lavement.

Opération le 21 novembre.

1er *Temps*. — Incision longue de 10 centimètres, médiane, en grande partie au-dessus de l'ombilic, mais aussi un peu au-dessous, à cause de la position basse de l'estomac. En écartant à droite la lèvre de l'incision, ce qui est facile à cause de la flaccidité des parois, on constate dans la région pylorique une induration avec adhérences cicatricielles aux organes voisins.

2e *Temps*. — On attire le pylore, ce qui ne présente aucune difficulté à cause de la flaccidité des parois qui facilite aussi considérablement les autres manœuvres.

3e *Temps*. — La libération du pylore présente les plus grandes difficultés. Sa paroi postérieure adhère intimement au pancréas et nous n'arrivons à l'en séparer qu'en opérant très lentement entre deux ligatures et en enlevant un morceau du pancréas. L'examen ultérieur de la pièce nous montre que c'est en effet là, sur la paroi postérieure, que se trouvait l'ulcère qui avait creusé assez profondément. Après avoir séparé du petit et du grand épiploon, ainsi que du pancréas la partie destinée à être réséquée, nous isolons au moyen de compresses de gaze cette partie et plaçons nos deux bandes élastiques compressives des deux côtés du pylore. Nous séparons d'abord le pylore de l'estomac, dont les parois étaient fortement épaissies sur une grande étendue de la paroi postérieure de celui-ci, que la partie qui restait en amont de la bande élastique n'était pas suffisante pour faire les points de suture. Nous fûmes donc obligés d'enlever la bande élastique du duodénum. Nous pûmes constater plus tard, examinant la pièce que nous avions enlevée, 3 centimètres de plus de la paroi postérieure, à cause des nombreuses adhérences. Cet incident fâcheux nous fut utile d'autre part car l'encoche angulaire que nous fîmes au duodénum élargit considérablement la lumière de l'orifice de celui-ci et permit de réunir facilement les deux orifices stomacal et duodénal.

4e *Temps*. — Réunion de l'estomac avec le duodédum au moyen de la double suture intestinale de Czerny au catgut. 32 points de suture interne, 29 externes. Après nettoyage du champ opératoire, la ligne de suture est saupoudrée avec un peu d'iodoforme et l'organe est remis en place.

5e *Temps*. — Suture de la paroi abdominale par des points profonds et superficiels. Pansement de Lister.

La période post-opératoire se passa presque sans accident. Les deux jours qui suivirent l'opération la malade vomit plu-

sieurs fois, probablement à la suite du chloroforme. Pendant quatre jours la malade ne prit qu'un peu de vin, de la glace. On lui fit des injections de morphine: comme nourriture : lavements nutritifs avec du bouillon et des œufs. Le 25 novembre la malade alla pour la première fois à la selle ; le 29, elle mangeait déjà un civet de lièvre et un beefsteak cuit.

Le 28 novembre nous enlevâmes le pansement pour la première fois. la plaie était réunie par première intention ; comme les liens de l'incision s'écartèrent un peu, au moment de l'ablation de quelques fils, on enleva les autres aux 2e et 3e pansements. Au niveau de quelques-uns existe une légère suppuration.

Le 10 décembre la cicatrisation de la plaie est complète ; à droite existe une légère induration profonde.

La température de la malade mérite d'attirer notre attention. Malgré le bon état général de la malade et malgré l'absence de toute douleur abdominale, la température fut assez élevée les neuf premiers jours, et quatre fois elle monta jusqu'à 39°-39°3 avec légère exaltation le soir. A partir du dixième jour la température fut normale.

La malade quitte le service le 4 janvier 1882, complètement guérie. Elle ne vomit plus et sa digestion se fait bien.

Pièce : La partie réséquée présente en avant une longueur de 1 cent. 07, en arrière de 5 cent. L'orifice pylorique laisse passer un crayon. L'ulcère est situé sur la face postérieure de l'estomac ; il a une longueur de 1 cent. 02, une largeur de 7 mill. et une profondeur de 1 cent. 06. Les parois stomacales sont très épaisses. Quelques parties du pancréas ont été enlevées avec le pylore.

Observation LXXI. — *Rydygier.* — Wiener klin. Wochenschrift 1894.

Deux cas d'ulcères de l'estomac avec sténose du pylore

Le malade, âgé de 48 ans, a toujours été bien portant et ne présente pas d'antécédents héréditaires. Sa maladie a débuté il y a six ans par des douleurs d'estomac, des nausées et une perte d'appétit. A partir de ce moment il a été traité par des moyens médicaux, sans résultat. Les derniers temps, le malade vomissait tout ce qu'il mangeait, ses garde-robes étaient irrégulières, il était constipé. Il y a un mois se produisit une première hématémèse et 15 jours après une seconde. Il entre alors dans une clinique médicale d'où il fut envoyé en chirurgie le 2 janvier 1894.

Etat actuel. — Le malade est très amaigri, le pouls est bon ; un peu d'artério-sclérose ; tous les organes sont sains,

sauf l'estomac. Celui-ci est très dilaté, descend presque jusqu'à la symphyse ; on sent un clapotement très net. On ne trouve pas de tumeur. Douleur localisée dans la région pylorique pas très vive. Le contenu stomacal est fortement acide : une grande quantité d'acide chlorhydrique libre, des acides gras ; des sarcines.

Diagnostic : Ulcère simple de l'estomac avec sténose du pylore.

Opération le 3 janvier 1894. Incision médiane sur la ligne blanche : on trouve de fortes adhérences entre le pylore et une anse de l'intestin grêle. En décollant ces adhérences, on produit une ouverture d'un pois sur la paroi antérieure du pylore. On oblitère l'orifice et on remet l'anse en place. Pas d'autres adhérences. Résection du pylore; séparation du petit et du grand épiploon entre deux ligatures posées au moyen de l'aiguille de Deschamps. Après avoir séparé le pylore de l'estomac par des clamps ordinaires, on sectionne l'estomac sous un angle très aigu. On récline alors le pylore avec le duodénum à droite après l'avoir enveloppé de gaze iodoformée. Suture de la muqueuse stomacale au catgut. On sépare ensuite le pylore du duodénum après avoir posé sur ce dernier des clamps ordinaires. Réunion très soigneuse de l'estomac et du duodénum. Poudre d'iodoforme sur la suture. Fermeture de la cavité abdominale.

Pas d'accidents post-opératoires.

Le 24 février, la malade passe dans la clinique médicale pour qu'on puisse examiner le chymisme stomacal et le fonctionnement de l'estomac. La malade a augmenté de onze kilos, elle se sent très bien.

Observation LXXI (bis). — *Rydygier* (Id.)

Le malade, âgé de 33 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. La maladie a débuté il y a sept mois par de l'inappétence, sensation de pesanteur au niveau de l'estomac, renvois fréquents. Plus tard surviennent des vomissements d'aliments non digérés, vomissements qui apparaissent de 3 à 10 heures après le repas ; constipation. Pas de sang ni dans les vomissements, ni dans les selles. Le malade entre dans le service le 12 janvier 1894.

Etat actuel : Le malade est très débilité et amaigri ; temp. normale, pouls 86. Organes sains, sauf l'estomac. Celui-ci est très dilaté, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; clapotement très net. On voit très bien les mouvements péristaltiques de l'estomac. Pas de tumeur dans la région du pylore. On constate dans le contenu de l'estomac de l'acide chlorhydrique libre en grande quantité et des sarcines : pas d'acide lactique ni d'autres acides gras.

Opération le 16 janvier 1894. Après ouverture de la cavité abdominale on trouve un épaississement et une induration au niveau du pylore. Pas d'adhérences. Résection du pylore. La pièce réséquée est de huit centimètres. On y constate un ulcère rond au fond duquel l'orifice d'un vaisseau assez volumineux.

Le lendemain le malade se plaint d'étouffement et de toux. On trouve à l'auscultation des râles généralisés aux deux poumons. Et le malade meurt quatre jours après l'opération.

Autopsie. Pneumonie de la base gauche. Le poumon droit présente des foyers ramollis et fétides de gangrène pulmonaire. La suture de l'estomac tient très bien. Pas la moindre trace d'inflammation du côté du péritoine. Le nouvel orifice laisse passer deux doigts.

D. Estomac biloculaire

Observation LXXII. — *Bauermister.* Inaug. Dissertation. Halle, 1890

Un cas d'ulcère chronique, avec estomac en sablier

Lina B..., âgée de vingt-huit ans, domestique à Halle, arrive à l'hôpital le 22 janvier 1890. A l'âge de dix-neuf ans, elle aurait eu des douleurs d'estomac, mais jamais de vomissements.

Au milieu de novembre 1889, la malade dut garder le lit pendant huit jours à cause de troubles du côté de l'estomac; sensation de froid à l'estomac; vomissements fréquents, mais seulement alimentaires. En même temps, diarrhée. Jusqu'à la fin de l'année, elle ne souffrit plus.

Le 31 décembre : frissons, bouffées de chaleur, douleurs de tête, faiblesse générale, vertiges, inappétence, coryza. Ces troubles durèrent jusqu'au mois de janvier et ne disparurent qu'au commencement de février. A la fin de janvier, apparurent des vomissements; d'abord journaliers, ils arrivèrent bientôt plusieurs fois par jour. A partir du milieu de février, les vomissements diminuèrent de fréquence, mais il survint de violentes douleurs, revenant par accès cinq à six fois par jour dans la région abdominale gauche. Elles durèrent jusqu'à l'entrée de la malade dans la clinique, mais, à la fin, leur maximum était à l'épigastre. Selles difficiles, urines rares, appétit nul.

Elle entre à la clinique le 22 janvier 1890. Anémie considérable. Douleurs dans l'hypocondre gauche. Rien au cœur, aux poumons, au foie, aux reins. Diagnostic probable : cardialgie nerveuse et ulcère chronique de l'estomac. Traitement : diète lactée, narcotiques, quelques lavements purgatifs.

Pendant le séjour de la malade à la clinique, on peut distinguer les périodes suivantes : 1re période : 22 janvier au 6 février. Persistance de l'état objectif et subjectif; à cause des violentes douleurs dans l'hypocondre gauche, irradiant aussi vers le dos, on fait des injections de morphine, d'abord faibles, puis plus fortes. Pas d'appétit. Selles régulières. — 2e période : le 6 février, on constate dans l'hypocondre gauche une région de matité de la grandeur de la paume de la main; jusqu'au 10 du même mois, l'état est le même. — 3e période : 10 au 23 février. Les symptômes subjectifs et objectifs empirent. Douleurs intolérables. Doses élevées de morphine. Constipation, appétit tout à fait nul. Grande faiblesse. Le 15 et le 16, températures élevées qui ne sont pas revenues. 4e période : amélioration : on constate, le 23 février, une diminution de la matité, des douleurs. L'appétit devient meilleur; la malade gagne jusqu'au 1er mars 3 livres 1/2. Depuis le 3 mars, la malade se lève, elle n'a presque plus de douleurs. Les selles redeviennent régulières. Cette amélioration dure jusqu'à la fin de mars. — 5e période : douleurs reparaissent plus vives, le 26 mars. La matité augmente d'étendue, et on sent, le 28 mars, au-dessous du rebord costal gauche, une tuméfaction résistante large comme la paume de la main, qui semble adhérente à la paroi abdominale antérieure. Le 4 avril on fait sans résultat une ponction exploratrice au moyen d'une seringue de Pravaz. Les selles et l'appétit sont mauvais; l'amaigrissement augmente tous les jours. Bien qu'on ne puisse établir de diagnostic certain, on trouve indiqué le traitement chirurgical, et la malade passe le 26 avril en chirurgie. Le jour même on pratique un examen qui fait constater la présence d'une tuméfaction douloureuse dans la région abdominale supérieure gauche, présentant les limites suivantes à la percussion : à droite, un demi-centimètre à gauche de la ligne médiane; à gauche, prolongement de la ligne mamelonnaire; en bas, horizontale, à un demi centimètre au-dessous du nombril. La limite supérieure située sous le rebord costal est difficile à déterminer.

Sous le chloroforme on délimite mieux la tumeur. — On peut la saisir entre les deux mains, l'une placée en avant sur la paroi abdominale, l'autre en arrière dans la région lombaire. Elle n'est pas mobile. Consistance dure, surface lisse.

L'histoire de la malade conduit à penser qu'il s'agit d'un ulcère de l'estomac ou du côlon transverse qui aurait en se perforant déterminé une péritonite circonscrite. L'intervention est décidée. On voulut attendre quelques jours afin de remonter la malade, mais l'état général devenant de plus en plus mauvais l'opération fut faite le 5 mai. Les jours précédents, on avait fait plusieurs lavages d'estomac.

L'opération est faite par le Dr Bramann. Incision de 12

cent., verticale. On tombe sur une cavité remplie de pus, grosse comme un œuf, le fond de la cavité est formé par une muqueuse : on ne peut dire à quel organe elle appartient. A droite et à gauche le petit doigt arrive dans deux autres cavités plus grandes que l'on ne peut limiter (on sut plus tard que c'étaient les deux poches stomacales). On ne pouvait songer qu'à enlever la cause de l'occlusion stomacale : mais à cause de l'état de collapsus dans lequel se trouvait la malade, on dut remettre l'opération à un peu plus tard.

On se contente de placer un drain duquel il sortit un liquide de réaction acide, qui ne pouvait venir que de l'estomac, et on réunit les deux parties stomacales de cette façon.

Collapsus grave après l'intervention. Pas de vomissements. Temp. = 37°2. Pouls normal.

Le 7 mai on essaie de donner des aliments par la bouche. Mais aussitôt douleurs et vomissements. On change le drain qui ne paraissait pas s'adapter complètement aux deux ouvertures. Lavements nutritifs. Le 8 mai, la malade prend par la bouche des œufs sans vomissements, ni douleurs. Lavements nutritifs. Le 9 mai on change le pansement imprégné de suc gastrique acide. Pas de douleurs.

Les jours suivants l'affaiblissement continue malgré l'alimentation : les douleurs reparaissent ; la température s'abaisse. On essaie de nourrir la malade par la bouche et par le drain en T qu'on a substitué au drain primitif.

Malgré tous les efforts pour remonter la malade en vue d'une nouvelle intervention, la mort arrive par affaiblissement dans la nuit du 23 au 24 juin.

Autopsie : Le péritoine est adhérent à l'estomac. Celui-ci descend jusqu'à l'ombilic. Il est rétréci en son milieu en forme de sablier. Immédiatement au-dessous du rétrécissement, en avant et vers la petite courbure siège une ulcération qui communique avec l'incision de la paroi abdominale.

Diagnostic post-mortem : Ulcus ventriculi. Estomac en sablier. Péritonite circonscrite adhésive. Gastrotomie. Mort par inanition.

Observation LXXIII

Doyen. Traitement chirurgical des affections de l'estomac. — Paris, 1895.

Femme, quarante ans, symptôme de sténose pylorique. — Intolérance gastrique. Il paraît y avoir eu un ulcère. — Douleurs térébrantes, etc., etc. — Un point douloureux fixe à gauche et au-dessus de l'ombilic. — Aucune trace de tumeur. — La fixité et le siège de la douleur ne permettent guère de diagnostiquer une lésion du pylore, à moins que celui-ci soit déplacé vers la gauche. La sensibilité extrême du point noté plus haut nous porte à y localiser la lésion ulcéreuse.

Laparotomie : 25 janvier 1893.

La malade est endormie, et nous attirons le pylore hors du ventre, il est sain. Aucun épaississement des parties accessibles du duodénum. Nous continuons l'exploration; vers l'appendice xyphoïde apparaît dans la profondeur une sorte de poche blanchâtre qui offre quelque analogie avec un kyste hydatique. Après un examen attentif nous constatons que cette poche, qui contient des liquides et des gaz, n'est autre que l'estomac dilaté au niveau de la petite courbure. Des adhérences solides paraissent fixer profondément le viscère au côté gauche de la paroi thoracique. En introduisant avec précaution au-dessous du muscle grand droit du côté gauche, l'index et le médius, nous constatons qu'à l'endroit où la douleur s'était montrée maximum, l'estomac, considérablement rétréci, adhérait à la paroi abdominale antérieure. Nous détachons ces adhérences avec prudence, espérant ne pas rompre les tuniques de l'estomac. Tout à coup s'échappent des gaz et des liquides; nous attirons rapidement le viscère hors du ventre et nous fermons provisoirement l'orifice avec les doigts puis avec une pince à mors élastiques. Le segment inférieur avait subi une véritable rotation à droite et en avant autour du point rétréci et adhérent.

Nous constatons alors qu'il s'agissait d'un ulcère calleux de la petite courbure, large comme la paume de la main, également étendu sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, et ayant déterminé un rétrécissement infranchissable de la partie moyenne du viscère, précisément à l'endroit où, dans un autre cas, nous avons rencontré un rétrécissement physiologique. L'ulcération avait même perforé les tuniques de l'estomac, et entamé la paroi abdominale antérieure.



Fig. 4.

Nous n'avions donc pas commis de faute opératoire en ouvrant l'estomac au moment où nous le détachions de ses adhérences, puisque ses tuniques étaient en ce point complètement perforées.

Nous désinfectons immédiatement et nous grattons à la curette le point rétréci de la paroi abdominale antérieure, et nous nous mettons en mesure de remédier par une opération de gastroplastie, au rétrécissement de l'estomac, rétrécissement d'autant plus accentué dans ce cas, qu'en raison de la dilatation du cul-de-sac diaphragmatique, il s'était produit au niveau du point rétréci une véritable torsion du viscère.

Notre objectif était de pratiquer la gastroplastie au niveau du rétrécissement, suivant son grand axe, pour le réunir ensuite transversalement. Mais un obstacle presqu'insurmontable s'opposait à la réalisation de cette suture : l'ulcération à cheval sur la petite courbure, s'étendait très loin sur la face postérieure de l'estomac, qui en ce point adhérait intimement à l'épiploon gastro-hépatique. Et si nous avions commencé par inciser le rétrécissement, nous eussions été dans l'impossibilité d'éviter, dans la profondeur et au niveau de la petite courbure,



Fig. 5.

l'irruption dans la cavité péritonéale du contenu de l'estomac ; nous avons donc réuni tout d'abord, par un double surjet, au-delà de l'ulcération, la portion supérieure dilatée de la petite courbure à sa partie inférieure, située en aval de l'ulcère, et ce dernier s'est trouvé de la sorte invaginé dans la cavité gastrique. Cette suture profonde terminée, nous avons appliqué au-dessus et au-dessous du rétrécissement, des pinces à pression élastique, nous avons incisé l'estomac suivant son grand axe, et nous avons réuni transversalement cette incision longitudinale, d'abord par un surjet à points passés, comprenant les trois tuniques, puis par deux surjets séro-séreux superposés, aboutissant au niveau de la petite courbure à nos deux premiers plans de suture, destinés à éviter de ce côté, au début de l'intervention, toute effusion du contenu gastrique.

Guérison malgré l'état précaire de la malade.

Observation LXXIV. — *Freiherr von Eiselberg.* Archiv für klinische Chirurgie von Langenbeck, 1895, p. 919.

Femme de 28 ans, offrant les symptômes de sténose pylorique avec hématémèse. Le contenu stomacal renfermait beaucoup d'HCl libre et présentait la fermentation alcoolique. On pouvait sentir dans la région stomacale une tumeur dure, que le professeur Talma, dans la clinique duquel la patiente a été admise, a reconnu pour être un ulcère.

Dans la laparotomie, 25 octobre 1894, il se trouvait une bride qui allait de la surface postérieure de la paroi abdominale antérieure à une tumeur dure siégeant environ au milieu de l'estomac, à sa partie antérieure. Cette bride rétrécissait l'estomac en forme de sablier. La palpation indiqua que la tumeur s'étendait en arrière dans la région du pancréas. Cette circonstance excluait une résection. Une gastro-entérostomie entre la moitié stomacale cardiaque et le jéjunum me sembla moins indiquée que la formation d'un canal entre les deux portions stomacales (comme Wölfler a fait pour la première fois une gastro-anastomose dans l'estomac en sablier), parce qu'une trop grande partie de l'estomac aurait été éliminée et que la moitié cardiaque n'était guère volumineuse. Cette opération se fit sans difficulté. Pourtant malheureusement, on ne put éviter qu'une des incisions dans la partie pylorique arrivât tout près de la région infiltrée. Le deuxième jour après l'opération, les sutures déchirèrent la paroi, et amenèrent une péritonite mortelle par perforation. La tumeur semblait être un ulcère cicatrisé sur la partie antérieure de l'estomac, et ayant conduit ainsi à un rétrécissement en sablier. Dans la petite courbure, l'induration de la paroi stomacale s'étendait assez loin jusqu'au pylore : et à la surface postérieure de la paroi stomacale, se trouvait un ulcère profond et récent, au fond duquel était le pancréas adhérent. Dans ce cas la gastro-entérostomie eût été préférable à la gastro-anastomose.

Observation LXXV. — *Hofmeister.* Berliner klinische Wochenschrift, 1895, p. 925.

Du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

Une large adhérence de la paroi stomacale antérieure avec la paroi abdominale, avec infiltration de cette dernière simulant une tumeur, donna l'occasion d'une intervention opératoire. On soupçonnait une tumeur maligne, mais au moment de l'opération il fut clair qu'il s'agissait d'un ulcère qui était adhérent à la paroi abdominale, au foie et à la rate : on dut

enlever une partie de ces organes en voulant rechercher les adhérences. Au niveau de l'ulcère, qui était situé en bas et en avant, existait un rétrécissement de la grande courbure en forme de sablier, par suite de la rétraction de l'ulcère. Après réunion transversale (comme dans une pyroloplastie) je réussis a éviter la sténose. La malade qui, auparavant, avait de violentes douleurs fut absolument soulagée par l'opération et cette amélioration persista. Elle supporte bien toute nourriture.

Observation LXXVI. — *Jaboulay*. Archives provinciales de Chirurgie. Octobre 1896.

S.-C. Neys..., âgée de quarante et un ans, est admise à l'Hôtel-Dieu le 10 juin 1895. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Elle déclare qu'elle est atteinte de vomissements depuis l'âge de douze ans. A cette époque, elle eut une période de vomissements quotidiens qui dura deux mois. Ensuite, pendant six ans environ, elle jouit d'une santé satisfaisante. Les règles parurent à quinze ans sans incidents. A vingt ans, la malade est anémique; ses règles restent suspendues pendant cinq mois. Elle souffre de névralgies et, pendant plusieurs mois, elle éprouve fréquemment de vives douleurs après ses repas. Elle se marie à vingt-quatre ans; un an après, premier accouchement sans incident; à vingt-sept ans, fausse couche à trois mois, et le début d'une nouvelle grossesse est marqué par des vomissements très pénibles; à trente ans, accouchement à huit mois d'un enfant qui vit encore; à trente-trois ans, dernière grossesse. L'accouchement a lieu à huit mois et l'enfant meurt au bout d'un mois. Durant cette période de dix années, la santé générale fut assez bonne, malgré de nombreuses grossesses; mais l'estomac fonctionnait mal et les digestions étaient longues et pénibles.

C'est surtout depuis un an que les troubles digestifs se sont notablement aggravés. Les malaises après les repas sont plus marqués et les vomissements ont reparu. Ils étaient d'abord peu fréquents, et, dès le début de cette nouvelle période, la malade a remarqué qu'il lui arrivait parfois de vomir les aliments ingérés deux ou trois jours auparavant. Puis de vraies douleurs se firent sentir au creux épigastrique après le repas, précédant le vomissement et s'accompagnant souvent d'un soulèvement très appréciable de l'épigastre, d'une « grosse boule », qui se déplaçait de gauche à droite, d'un bord costal à l'autre. Toujours le vomissement était suivi d'un grand soulagement. Ces troubles digestifs n'ont pas tardé à entraîner un dépérissement prononcé. D'ailleurs, dans la crainte de souffrir et de vomir, la malade avait réduit de plus en plus son alimentation, au point de ne plus ingérer que quelques œufs et

quelques très petits potages. Cette réduction de l'alimentation est encore plus marquée depuis quinze jours : aussi la patiente est si faible qu'elle peut à peine quitter son lit. Bien convaincu qu'il s'agit d'un rétrécissement du pylore, le médecin de la malade nous l'adresse à l'Hôtel-Dieu.

État au moment de l'admission. — Cette femme est extrêmement amaigrie; elle est faible, d'une teinte cachectique. Elle vomit à peu près tous les jours, et ses vomissements sont précédés de douleurs à l'épigastre et de renvois brûlants. Les matières vomies sont surtout de l'eau et des glaires acides qui agacent les dents; il y a peu d'aliments; d'ailleurs il en était ainsi même à l'époque où l'alimentation était bien plus copieuse qu'aujourd'hui. L'estomac paraît être dilaté; on perçoit le clapotage à cinq ou six travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après l'ingestion de quelques aliments, cette région sous-ombilicale est agitée de contractions péristaltiques, qui paraissent plus prononcées à droite de la ligne médiane. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; il est simplement abaissé et non hypertrophié. La palpation de l'abdomen n'y révèle ni tumeur ni induration. Intégrité du cœur, des gros vaisseaux et de l'appareil respiratoire. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le 11 juin, la palpation très attentive de la région pylorique et de tout l'épigastre n'y découvre rien de suspect. La malade a remarqué que le décubitus horizontal prolongé ne diminue ni les douleurs, ni les vomissements; il est donc bien probable qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple gastroptose douloureuse. Elle déclare aussi n'avoir jamais eu ni selles noires, ni vomissement de sang. Jamais non plus elle n'a eu d'ictère, et ce n'est pas à droite, mais bien à gauche, qu'elle place le siège principal des sensations douloureuses. C'est également à gauche et sur la ligne médiane que la pression avec l'extrémité du doigt provoque les plus vives douleurs. Depuis un an il n'y a pas eu d'accalmie; la maladie est allée s'aggravant sans cesse.

A droite et au-dessous de l'ombilic, péristaltisme manifeste, séries successives de petites contractions vermiculaires qui soulèvent la paroi abdominale. Extraction avec la sonde du contenu stomacal : liquide aqueux, d'odeur aigrelette de vin blanc fermenté, et qui donne une forte coloration rouge avec le réactif de Günzburg.

L'estomac étant à peu près vide, et la malade supportant très bien la sonde, je procède à l'insufflation de l'estomac. Nous voyons donc à mesure qu'augmente la distension de l'organe, une saillie globuleuse et cylindrique se dégager au-dessous des fausses côtes gauches, s'étendre dans l'hypocondre gauche et s'avancer progressivement vers l'ombilic. Au moment de la plus forte distension qu'on qu'on puisse pratiquer sans danger, cette saillie globuleuse ressemble à un

gros intestin distendu; elle est contenue tout entière dans l'hypocondre gauche; les deux bords qui la limitent et qui sont très manifestes sous la paroi abdominale très amaigri, se réunissent sous la ligne médiane, ou plutôt un peu à gauche de cette ligne, et à peu près à la hauteur de l'ombilic. Ces deux bords représentent évidemment les courbures de l'estomac ; la petite est tout à fait parallèle à la ligne médiane. Ce résultat de l'insufflation est en contradiction avec celui de la palpation qui nous a fait entendre un clapotage très net, à timbre amphorique, fort au-dessous de l'ombilic. Ces deux signes constatés dans les régions sous-ombilicale, le clapotage et les contractions péristaltiques nous autorisaient à placer la grande courbure très bas, fort au-dessous de l'ombilic. Je chasse l'air insufflé et le remplace par l'eau tiède dont il pénètre un peu moins d'un litre, et, en élevant l'entonnoir plein d'eau, j'augmente la pression dans la cavité gastrique jusqu'à y faire disparaître le clapotage. Or, à ce moment-là, on ne remarque aucune modification appréciable dans la région sous-ombilicale où l'on obtient toujours le même clapotage, très net et à timbre amphorique. La saillie globuleuse de l'hypocondre gauche est mate à la percussion, tandis que la même sonorité tympanique persiste au-dessous de l'ombilic. La conclusion à tirer de cette exploration c'est qu'il y a au-dessous de l'estomac une cavité contenant du gaz et des liquides, cavité au niveau de laquelle on obtient le clapotage 'une façon constante. D'autre part, il semble bien que, du moins pendant l'insufflation et l'ingestion d'eau, cette cavité ne communique pas avec la cavité dans laquelle la sonde a pénétré. Cependant le stéthoscope appliqué au niveau même du point rétréci, permet d'entendre, pendant la distension de l'estomac, une série de bruits bullaires donnant bien l'impression du passage brusque d'un peu de liquide et de gaz dans une cavité spacieuse.

Le liquide injecté est évacué aussi complètement que possible, et, après une période de repos, la malade fait un repas d'Ewald. Une heure après, la bouillie gastrique est retirée et l'analyse donne le résultat suivant : acidité totale, 1,16 ; teinte vert-pré avec le vert brillant ; réaction de Günsburg positive et moyenne; pas d'acide lactique par le procédé d'Uffelmann.

Poids du corps, 36 kilogrammes. (Il est vrai que la malade est de petite taille, un peu au-dessous de la moyenne.)

Traitement. — Compresses chaudes sur l'épigastre ; quelques lavements désaltérants; alimentation composée de lait, œufs, viandes hachées, purées de légumes ; repos absolu dans le décubitus dorsal.

14 juin. — Evacuation de l'estomac à 10 heures du matin, la malade étant à jeun depuis la veille 5 heures du soir; on retire 200 grammes d'une bouillie très claire, d'odeur aigrelette de vin blanc fermenté, et donnant une réaction de Günsburg intense. Il y a donc rétention gastrique et le liquide de

rétention contient une proportion notable d'HCl libre. Nouvelle séance d'insufflation qui donne les mêmes résultats que la précédente. A ce moment le diagnostic est ainsi formulé : estomac vertical, sténose cicatricielle du pylore fixé au foie ou plutôt à la paroi abdominale; il reste à expliquer le clapotage permanent constaté au-dessous de l'ombilic.

15 juin. — Une insufflation modérée ayant distendu l'estomac, le stéthoscope fait entendre des bruits bullaires au niveau du point rétréci. On constate toujours le même clapotage au-dessous de l'ombilic, et la percussion brusque de la paroi abdominale dans cette région sous-ombilicale y fait naître des ondulations péristaltiques qui vont s'éteindre dans l'hypocondre droit. On chasse le gaz insufflé et on le remplace par de l'eau ; lorsque la cavité contient une notable quantité d'eau injectée et qu'on élève l'entonnoir de façon à augmenter la pression intra-stomacale, on remarque que le clapotage cesse ou devient indistinct au-dessus de l'ombilic, tandis qu'il persiste au-dessous et avec les mêmes caractères.

Repas d'Ewald. — Extraction une heure après : acidité 1,24 ; réaction de Günsburg, négative ; avec le vert brillant, teinte vert gris ; pas d'acide lactique par le procédé d'Uffelmann. — On recherche la présence du ferment pancréatique dans un liquide de rétention : digestion artificielle avec ce liquide neutralisé jusqu'à réaction alcaline ; le résultat est négatif ; l'albumine n'est pas digérée en milieu alcalin.

20 juin. — La malade continue à souffrir et à vomir. Pour calmer ses douleurs, elle réclame elle-même l'évacuation de son estomac avec la sonde. La constipation est prononcée et nécessite des lavements évacuants. Nouvelle évacuation qui fait constater encore les mêmes phénomènes. Pendant qu'une main est immobile sur le côté gauche de la région sous-ombilicale qu'elle déprime, l'autre main secoue vivement la paroi abdominale à droite. Or, la première main perçoit nettement une sensation de flot en même temps que se produit un bruit de clapotage. Cette cavité qui clapote d'une façon permanente est donc bien au-dessous de l'ombilic.

Il nous paraît très probable qu'il s'agit d'un estomac biloculaire. Cette hypothèse est la seule qui donne une explication satisfaisante des phénomènes observés. L'insufflation produit une torsion autour de l'axe de la région sténosée ; de là une suppression momentanée de toute communication de la poche supérieure avec la poche inférieure. Voici pourquoi l'insufflation ne produit aucune distension de la portion sous-ombilicale de la cavité gastrique.

Il y a longtemps que le malade éprouve des crises douloureuses à l'épigastre ; les liquides gastriques vomis ou retirés avec la sonde contiennent de l'acide chlorhydrique libre, et parfois même en très forte proportion ; aussi, bien qu'il n'y ait jamais eu d'hématémèse, il est certain que la biloculation de

l'estomac est produite par la rétraction cicatricielle d'un très ancien ulcère.

Depuis huit jours, la malade n'a pas vomi; mais elle réduit son alimentation d'une façon excessive, et, dès qu'elle éprouve les malaises précurseurs du vomissement, elle évacue elle-même son estomac avec la sonde. Elle maigrit de plus en plus et prend un aspect tout à fait cachectique. Au traitement prescrit on ajoute chaque jour trois ou quatre lavements alimentaires de Boas.

27 juin. — Le diagnostic d'estomac biloculaire par cicatrice d'ulcère est définitivement adopté et nous proposons à la malade une intervention chirurgicale qu'elle accepte tout de suite sans aucune hésitation. Pour compléter le diagnostic, nous pratiquons la distension du gros intestin, d'abord avec de l'air, ensuite avec de l'eau. Cette distension du gros intestin n'apporte aucune modification aux phénomènes précédemment constatés. Le clapotage de la poche sous-ombilicale présente toujours les mêmes caractères. Nous remarquons que nous avons pu facilement faire pénétrer un litre d'eau dans le gros intestin.

1er juillet. — Depuis un jour ou deux, la malade éprouve des douleurs dans l'hypogastre, douleurs que ne fait point disparaître l'évacuation de l'estomac. Facies pâle, étiré, de mauvais augure. Fièvre à 39,2. Douleur assez vive à la pression dans la fosse iliaque droite. Par le toucher rectal et vaginal on constate aussi que le cul-de-sac pelvien du péritoine est très douloureux. Il s'agit sans doute d'un début de pérityphlite, et peut-être la distension du gros intestin n'est pas étrangère au développement de cette complication. Cessation des lavements alimentaires; application de glace sur l'hypogastre.

Pendant quelques jours l'état de la malade nous inspire de vives inquiétudes, et il va sans dire que l'opération est différée. Pourtant le 7 juillet, la douleur est bien moins vive et la fièvre est entièrement tombée. Le 10, on reprend l'usage des lavements alimentaires. Le 16, la malade nous paraît en état de supporter l'intervention proposée et acceptée. Elle passe dans le service de M. Jaboulay. Elle ne pèse plus que 34 kg. 500.

Opération. — Le 17 juillet, opération de Heinecke-Mikulicz, pratiquée par M. Jaboulay.

La cavité gastrique a été préalablement lavée. Anesthésie à l'éther, sans aucun incident.

L'abdomen ouvert, sur la ligne médiane, l'estomac est attiré au dehors. Il s'agit, en effet, d'un estomac biloculaire, et la biloculation est même très prononcée, les deux poches étant réunies par un canal fibreux fort étroit. La poche inférieure s'étend à l'ombilic et au-dessous de l'ombilic; la poche supérieure est en grande partie cachée sous le bord antérieur du foie notablement abaissé; de plus, la région rétrécie adhère largement et intimement au lobe gauche du foie. Les faces antérieures des deux poches sont soudées l'une à l'autre par des adhérences en

sorte que les deux parois accolées font dans la cavité gastrique une saillie prononcée, disposition qui doit, surtout pendant la réplétion de la poche supérieure, rendre plus difficiles encore les communications des deux portions de l'estomac. De plus, il existe aussi un certain degré de torsion de la poche inférieure autour de l'axe du canal fibreux médio-gastrique. Sur la grande courbure on trouve deux ganglions hypertrophiés, comme une petite noisette et un pois, très rouges, très vascularisés. Ils ressemblent à des ganglions enflammés plus qu'à des ganglions cancéreux.

Pendant cette exploration, la cavité péritonéale ouverte laisse écouler une notable quantité de liquide citrin.

Incision de 8 centimètres de longueur, de la paroi gastrique, parallèle au grand axe de l'estomac et passant par le point rétréci en s'éloignant le plus possible des parties les plus indurées de la cicatrice. M. Jaboulay explore avec le doigt la cavité gastrique et reconnaît la présence d'un ulcère adhérent du lobe gauche du foie, à bords et à fond très indurés par un tissu fibreux. Les bords de l'incision sont réunis par une suture perpendiculaire à la direction de cette incision : il en résulte une dilatation très notable du point rétréci; les deux poches communiquent désormais par un orifice de 6 centimètres au moins de diamètre.

Au moment de l'ouverture de la poche inférieure un peu de liquide gastrique s'en est écoulé; mais on a pu empêcher la pénétration de ce liquide dans la cavité péritonéale. Sutures.

Suites. — Le soir de l'opération, la malade est très calme; elle ne vomit et ne souffre pas. Le choc opératoire paraît très modéré. Cependant la température est montée à 39°4.

Les trois premiers jours après l'opération, la malade garde une diète absolue; elle est nourrie à l'aide de lavements alimentaires qu'elle supporte et absorbe assez bien. Elle n'a pendant ces trois jours, ni coliques, ni vomissements. Dès le second jour, la température tombe à 38°3 le matin et désormais ne s'élève pas au-dessus de ce chiffre.

21 juillet. — On autorise quelques fragments de glace pour calmer la soif. T. 38°1 et 38°2.

23. — Quelques gorgées de champagne ne provoquent ni vomissements, ni douleurs. T. 37°8 et 37°9.

24. — La malade prend quelques tasses de lait bien tolérées. T. 37°3 et 37°8.

Désormais la température est normale, constamment au-dessous de 38°.

27. — On enlève les fils de la suture de la paroi abdominale. La plaie se cicatrise, bien que les bords en soient à peu près atones. La malade prend plusieurs potages dans la journée et les tolère bien.

30. — L'alimentation devient plus copieuse : potage, lait, vin, champagne. Tous les ingesta passent bien. Il y a cependant deux petits vomissements à la suite d'ingestion de

vin et de farine jaune. Le liquide vomi était très acide ; mais les douleurs et les sensations de brûlures de jadis ont disparu.

L'appétit n'est point revenu ; la malade ne réclame point d'aliments solides. L'état général est toujours médiocre : grand amaigrissement, très peu de forces, un peu d'œdème des pieds et de bouffissure de la face, toujours très pâle. L'urine ne contient point d'albumine. Poids du corps : 30 kg. 500.

1er août. — Diarrhée depuis la veille, due sans doute aux lavements alimentaires. Suppression de ces lavements. On augmente l'alimentation par la bouche, en ajoutant des œufs et de la poudre de viande.

3 août. — La malade prend un peu de poulet qu'elle tolère bien. Elle quitte l'hôpital et rentre dans sa famille.

Le 13 août, je vais voir la malade chez elle ; son état est à peu près stationnaire. Pas de vomissements ni de douleurs abdominales ; un peu plus d'appétit depuis hier seulement, premier jour où la malade ait mangé de la viande. Borborygmes assez fréquents après le repas ; deux ou trois selles diarrhéiques par jour ; même pâleur des téguments ; toujours peu de forces, peau sèche ; œdème des pieds remontant jusqu'à mi-jambes. Je conseille à la malade de ne faire que trois ou quatre repas par jour, au lieu de manger et boire à chaque instant, comme elle le fait actuellement.

Le 30 septembre, la malade vient elle-même nous voir à l'hôpital. Cette fois, l'amélioration est certaine et même très notable. La malade pesait 30 kilogrammes au moment de sa sortie de l'hôpital ; elle pèse actuellement 40 kilogrammes, ayant gagné 10 kilogrammes en deux mois. Elle ne souffre plus, n'a plus du tout d'œdème des pieds et présente un visage coloré presque comme à l'état de santé. Le dernier repas a été pris il y a deux heures. On retrouve aisément un gros clapotage au niveau et au-dessous de l'ombilic, dans la région occupée par la poche pylorique. De plus, la percussion vive de l'hypocondre gauche y fait naître d'assez fortes contractions péristaltiques de la paroi de l'estomac. Ces contractions viennent toutes aboutir un peu au-dessus de l'ombilic, au point où se trouvait jadis le canal fibreux médio-gastrique.

La guérison est-elle incomplète et la rétraction de la cicatrice opératoire est-elle en train de reproduire le rétrécissement ? Nous le saurons certainement, car la malade sera suivie longtemps encore.

Novembre 1895. — La malade revient à l'hôpital. Elle pèse à ce moment 45 kilogrammes. Elle a repris son travail. Je pratique de nouveau l'insufflation présumant que son estomac devait être désormais un estomac biloculaire avec communication large et facile des deux cavités. Le résultat n'a pas répondu à mon attente. Il est vrai que la paroi abdominale n'était plus aussi amaigrie qu'autrefois, que je n'ai pas osé

faire une forte insufflation, et que le pylore a laissé passer les gaz insufflés dans l'intestin.

Janvier 1896. — La malade a pris encore 1 kilogr. 1/2 en plus.

Elle va désormais tout à fait bien.

Juillet 1896. — Un an après son opération, elle est en parfaite santé.

Observation LXXVII. — *Langenbuch.* Thèse de Perret, p. 114.

Femme, 43 ans. Sujette depuis quelque temps à des vomissements qui ont fini, par leur persistance, par compromettre l'état de la nutrition, et la santé de la malade L'examen ne permet de découvrir rien de particulier, si bien que par exclusion on arriva au diagnostic de sténose du pylore par cancer ou par ulcère.

On fit donc une laparotomie médiane. A la grande surprise on trouva un estomac en sablier. M. Langenbuch incisa alors la portion rétrécie qui laissait à peine passer une sonde ordinaire et trouva les deux cavités séparées par plusieurs ulcères étendus. L'incision a été alors prolongée de chaque côté, et M. Langenbuch allait commencer l'incision des ulcères lorsque la malade tomba dans le collapsus. Il fallut terminer rapidement sans toucher aux ulcères. Aussi M. Langenbuch fit-il la suture transversale de l'incision longitudinale et ferma la plaie.

M. Langenbuch avait fait une incision longitudinale de 10 à 12 centimètres à peu près, suivant la direction, et aussi près que possible de la grande courbure. La malade guérit sans complications et quitta l'hôpital, débarrassée de ses troubles. Quelques mois plus tard elle revient pour des vomissements qui ont reparu. Il est probable que la raison en est dans ses ulcères encore en état d'activité. Quelque temps après, les douleurs et les vomissements cessèrent et M. Langenbuch ne jugea pas à propos d'intervenir une seconde fois.

Observation LXXVIII. — *Lauenstein.* Deutsche Zeitschrift für Chirürgie 1896. Bd. 44. 3 und 4 Heft.

Madame F..., 36 ans. La malade souffre depuis longtemps de son estomac : les douleurs irradient dans le thorax et le dos. L'estomac est excessivement petit.

D. — Ulcère de la petite courbure avec adhérence au foie.

Opération, 24 décembre 1895. — Poche stomacale dirigée transversalement. Division à la partie moyenne de la grosse

courbure. Le rétrécissement répond à un ulcère de la petite courbure, fortement adhérent avec la face inférieure du foie. Gastro-anastomose par le procédé de Wölfler.

Durée de l'opération : 1 heure.

Sort le 8 février 1896. Guérison.

OBSERVATION LXIXX. — *Nissen*. Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift. — N°s 41 et 42, 20 octobre et 1er novembre 1890.

Jean M.., marié, pas d'antécédents personnels et héréditaires. En juin 1887 ont commencé les souffrances actuelles. Douleurs brusques au creux épigastrique avec irradiation dans le dos, après un repas indigeste. Vomissements brun sombre. — Après quelques jours de repos au lit, il reprit son travail mais il était faible. De temps en temps, il eut des exacerbations après des excès d'alimentation. Quelquefois douleurs et vomissements après le repas. Une fois, les matières vomies ont été brun chocolat. Selles généralement liquides, jamais noires. Jusqu'en janvier 1888, même état. A ce moment il se rétablit complètement et reprend son occupation de chauffeur.

En octobre 1888, les mêmes symptômes que précédemment reparaissent. Vomissements une fois seulement couleur marc de café. Douleurs surtout après les repas, soulagées par un petit vomissement. Au bout de quatorze jours il vient à la clinique. Séjour de trois semaines. Diagnostic, ulcère. Sort amélioré.

En février 1889, il retombe malade. Nouvelle amélioration puis rechute au mois d'août. Vomissements noirs, selles noires. Rentre à la clinique le 29 août.

État actuel : Homme vigoureux, amaigri, pâle. Extrémités froides. État grave. Pas de résistance, ni de gargouillement à la palpation de la région épigastrique ; il n'y a qu'une certaine sensibilité diffuse à la pression. La percussion ne permet pas de délimiter l'estomac.

Les jours suivants : selles noires plusieurs fois par jour. Celles-ci cessent le 1er septembre. Les douleurs gastriques assez vives cessent avec le repos pour se reproduire au moindre mouvement, à la moindre absorption d'aliments.

Le 12 septembre, des vomissements apparaissent qui se continuent les jours suivants. Le 14 septembre, l'examen de l'abdomen fait constater un tympanisme modéré, sans matité nulle part.

Opération le 14 septembre 1889, à 6 heures du soir, par le professeur Von Wahl. Incision médiane longue de 15 cent., entre l'appendice et l'ombilic. Un liquide abondant, clair, jaunâtre, sort du péritoine. Pas de gaz. L'index et le médius introduits par l'ouverture atteignent l'estomac, qui se présente, du reste, partiellement par l'ouverture.

Ni la palpation de la paroi antérieure, ni l'inspection n'y révèlent rien d'anormal. La séreuse de l'estomac est brillante, légèrement injectée. L'examen de la paroi postérieure autant qu'elle puisse être faite ne révèle rien non plus d'anormal. La cavité abdominale est refermée.

15 septembre. — Vomissements sanglants. Alternatives de collapsus et d'amélioration. Crachats hémoptoïques.

27 septembre. — A jeun on introduit avec précaution une sonde dans l'estomac. Le liquide qu'on retire est de couleur sombre, comme du goudron. Il a une réaction nettement acide et donne toutes les réactions de l'acide chlorhydrique. Pas d'acide lactique, ni butyrique. Quantité d'HCl = 2 %. L'albumine a été digérée en deux heures et demie par le suc gastrique filtré.

7 octobre. — Même état. Nouvel examen du suc gastrique vers le milieu du jour après que le malade a pris la moitié d'une tasse de lait. Toutes les réactions d'HCl se reproduisent. Acides lactique et butyrique absents.

14 octobre. — Œdème, ascite.

15 octobre. — Cathétérisme de l'estomac. A 40 cent. des dents, obstacle au passage de la sonde, même de la sonde nº 1. Les liquides n'arrivent plus dans l'estomac.

16 octobre. — Collapsus.

17 octobre. — Mort.

Diagnostic clinique : Ulcère perforant. — Péritonite consécutive.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, gaz libres ; beaucoup de liquide fibrineux, trouble, contenant de nombreux flocons de pus. Péritoine viscéral congestionné, recouvert par de nombreuses membranes fibreuses et purulentes.

Le lobe gauche du foie est fixé solidement à l'estomac par des adhérences. Après la section de ces adhérences on trouve à la partie antérieure de l'estomac une perforation de 1 cent. de diamètre par lequel s'écoule le contenu stomacal. Une sonde introduite par l'œsophage arrive sans difficulté au niveau du diaphragme, mais y trouve un obstacle qui l'arrête. La position de l'orifice est tellement anormale que l'orifice pylorique se trouve sur la ligne médiane. L'estomac est très fortement contracté et forme un canal demi-circulaire dont la convexité est tournée à gauche. La région cardiaque se dirigeant brusquement à gauche forme avec l'œsophage un angle très accusé. Pas d'exsudat autour du cardia.

L'estomac a une *forme en sablier*. Juste en son milieu est une sténose sur laquelle se trouve un ulcère d'environ 3 cent. de surface. Les bords de l'ulcère, cicatriciels, sont rétractés. Le fond de l'ulcère a perforé la paroi stomacale.

Diagnostic anatomique : ulcère simple avec perforation dans la cavité abdominale. Adhérences au foie. Péritonite adhésive et purulente.

Observation LXXX. — *Schmidt-Monnard.* Münchener Wochenschrift. N° 19. 1893. (Th. de Perret).

Mme G..., âgée de 23 ans. Il y a trois mois elle est venue me consulter pour des douleurs d'estomac dont elle souffrait depuis trois ans. Elles étaient devenues insupportables. Au début les douleurs survenaient après le repas, assez rapidement, elles survinrent même pendant les repas.

Tous les jours vomissements contenant de la bile. Constipation habituelle. Il y a neuf mois vomissement de un litre de sang caillé.

Depuis six mois amaigrissement notable.

Examen : Femme anémiée, pesant 45 kilos. Dans la région épigastrique existe un point où l'on sent une pulsation. A un centimètre à droite de la ligne blanche on peut sentir une tumeur du volume d'une noisette environ. Cette tumeur est douloureuse à la pression, sans limites nettes. Le foie n'est pas hypertrophié ; il est un peu repoussé en haut.

Dans l'hypochrondre à droite et à gauche, il y a une zone de matité qui de chaque côté aboutit au [point où l'on sent une pulsation.

On ne voit pas de mouvements péristaltiques de l'estomac. On ne peut sentir le clapotage limité à l'estomac. Pas de symptômes, à l'auscultation, d'anévrysme de l'aorte. Je fais donc le diagnostic d'ulcère de l'estomac, peut-être d'adhérences de l'ulcère au pancréas ; estomac en sablier, sténose incomplète ; pylore suffisant ; duodénum libre.

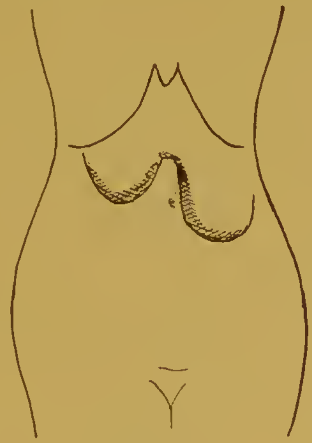


Fig. 6.

M. le Dr Krukenberg établit le diagnostic par l'insufflation. L'estomac se dilate dans l'hypochondre gauche sous forme d'une saillie arrondie, descendant d'environ deux doigts au-dessous

de l'ombilic. Tumeur ne dépassant pas la ligne médiane. Au bout de quelque temps, on voit se développer également, à droite de la ligne médiane, une petite saillie qui apparaît en même temps que des douleurs. On peut sentir très nettement entre les deux, un sillon.

L'air est évacué par la bouche ; la malade ne vomit pas un potage qu'elle prend. Etant au lit elle a moins de douleurs que debout. Aussitôt levée, les douleurs apparaissent de nouveau. Un repas d'épreuve consistant en bouillon, pain blanc, viande crue râpée, est retrouvé non modifié deux heures après. L'examen du suc gastrique, décèle peu d'HCl, des acides organiques. Une incision exploratrice sembla être indiquée.

Opération le 3 novembre 1892, par le Dr Krukenberg. Incision sur la ligne blanche : estomac en sablier. A l'endroit de la stricture, sur la paroi antérieure, il y a un point circonscrit épaissi. On ne trouve pas d'adhérences. On incise le rétrécissement dans l'axe de l'estomac, sur une ligne de 7 cent. de longueur, et on excise sur cette longueur une épaisseur de 1 cent. 1/2 du tissu stomacal, dans lequel il y a un épaississement. Dans cette portion excisée, on trouve un ulcère du volume d'un pois. Suture en angle de la plaie, de telle sorte que la suture est perpendiculaire à l'incision. Suture spéciale pour la musculeuse et la séreuse. Suture de la paroi. Suites très simples. Pas de fièvre. Au cinquième jour, un peu de vin. Au neuvième jour, un peu de pain blanc. Trois semaines après, on ne suit plus la malade.

La portion de l'estomac incisée montre à la coupe une épaisseur quatre à cinq fois plus considérable qu'à l'état normal. Au milieu, ulcère du volume d'un pois, non guéri, avec des bords végétants. Les trois couches, à l'exception de la séreuse, prennent part à l'épaississement. M. le Dr Kromayer déclara qu'il ne pouvait pas s'agir d'un carcinome.

Les suites sont : la disparition de toutes les douleurs, de la sensibilité au creux épigastrique. Selles normales, appétit revenu. Augmentation du poids de 18 kilos 500. La forme de l'estomac, reconnue par l'insufflation et la percussion, ne présente plus de sillons.

Observation LXXXI. — *Karl Schwarz*. Wiener klinische Wochenschrift 1896, n° 25 (d'après la thèse de M. Perret).

Le 31 décembre 1895, on a reçu dans notre service une paysanne de Plesivicé, âgée de 30 ans, mariée ; elle avait toujours été en bonne santé pendant son enfance. Mariée depuis 13 ans, elle n'a pas d'enfant. Les époques, auparavant toujours régulières, ont cessé depuis un an. Sa maladie a commencé il y a cinq ans, par des douleurs dans la région stomacale, devenant toujours de

plus en plus violentes, et durant à la fin, parfois le jour et la nuit sans interruption. Il y avait des vomissements de temps en temps. Ce pénible état a duré un an, puis les douleurs ont disparu peu à peu pour ne revenir que plus rarement. Il y a trois ans, la malade eut la dysenterie qui dura un mois et l'affaiblit beaucoup. Depuis elle fut constamment malade. Elle était prise chaque jour, par des crampes douloureuses dans le ventre, durant des heures, et vomissait plusieurs fois par semaine. Deux fois elle vomit du sang rouge et pur. Depuis environ un an, les douleurs sont particulièrement violentes, parfois effroyables. La malade les localise dans la région abdominale supérieure. Au-dessus du nombril, il lui semble, quand ces crampes atteignent leur maximum dans le vomissement, « qu'on lui fait sauter les côtes et les omoplates »; les douleurs quotidiennes persistent. La malade vomit deux fois par jour, toujours environ une demi-heure après avoir pris des aliments. L'appétit n'est pas troublé. La malade est fatiguée par des renvois acides; elle reste constipée deux ou trois jours, a des selles peu abondantes. Avant le début de sa maladie, la malade a dû être une femme puissante, plantureuse.

Etat actuel. — Taille et ossature moyennes. Malade extrêmement affaiblie; amaigrie jusqu'au squelette. Poids = 35 kil. Poumons, cœur, organes génitaux normaux. L'examen de l'urine ne donne rien d'anormal.

La palpation de l'abdomen détermine des douleurs autour de l'épigastre. Si l'on gonfle l'estomac, ses limites inférieures se trouvent à deux doigts au-dessous de l'ombilic. La malade vomit tout ce qu'elle peut prendre. Dans ses vomissements se trouvent toujours des restes grossiers d'aliments. Mais il n'y a pas de sang. On ne trouve ni HCl, ni acide lactique. La patiente demande instamment une opération.

Nous avions pensé à une sténose du pylore après ulcère de l'estomac, et nous résolûmes de l'opérer. Auparavant, on essaya de laver l'estomac, mais on *ne réussit pas à faire ressortir le liquide introduit.*

Laparotomie, le 3 janvier 1896. Incision de l'appendice xyphoïde au nombril. La paroi antérieure est visible. L'estomac paraît en son milieu visiblement rétréci par une adhérence rubanée qui va du grand épiploon jusqu'au diaphragme et qui partage l'estomac en deux moitiés. Cette adhérence est excisée entre deux ligatures. Alors apparaît clairement que cette forme étrange de l'estomac n'est pas passive, que l'estomac n'est pas rétréci par cette adhérence, mais qu'il a véritablement la forme d'un sablier. Il consiste en un grand estomac cardiaque qu remplit toute la courbure gauche du diaphragme et s'étend profondément en bas, et de moitié plus grand que n'est l'estomac pylorique. La grande courbure a une forme normale. La petite courbure apparaît à gauche de la ligne

médiane, profondément enfoncée vers la grande courbure, comparable à un grand U étroit, de sorte que l'estomac peut tenir entre deux doigts, à la place où il est le plus étroit.



Fig. 7.

L'estomac a des adhérences étendues avec les organes voisins, l'estomac pylorique avec le foie, le cardiaque avec le diaphragme. Après m'être orienté sur ces relations, je me résolus pour des motifs exposés plus loin, à pratiquer la gastro-anastomose. J'attachai les deux côtés parallèles, rapprochés de la petite courbure, l'un contre l'autre, sur 5 centim. environ, par une suture en surjet à la soie ; puis à une distance de 3 millim. de cette suture, je fis une incision dans les estomacs cardiaque et pylorique jusqu'au tissu sous-muqueux. Je fis alors une deuxième suture à travers la séreuse et la musculaire ; j'ouvris des deux côtés la muqueuse et j'achevai la suture des muqueuses internes des deux poches. La partie antérieure de la suture fut exécutée suivant le procédé de Czerny. Auparavant j'avais tâté avec deux doigts la sténose, un doigt du côté du pylore, un autre du côté du cardia. La sténose était facilement accessible à l'index ; le revêtement interne était lisse, et les parois, surtout la postérieure, étaient dures. Après avoir achevé la suture avec la plus grande rapidité possible, à cause de la grande faiblesse de la malade, l'estomac fut remis en place, et l'abdomen recousu. Durée de l'opération : une heure et demie.

Pas de fièvre après l'opération, mais seulement quelques douleurs. Elle dormit bien, mais faiblesse extrême. On la nourrit jusqu'au cinquième jour exclusivement avec des lavements. Puis elle reçut des aliments liquides et enfin le dixième jour, c'est-à-dire le 13 janvier, des aliments solides. A partir de ce jour, la malade se plaignit de douleurs plus vives qui devinrent de plus en plus intenses. Elle se plaint qu'à chaque respiration elle a une piqûre derrière l'appendice xyphoïde, à quatre doigts à gauche, derrière les côtes, en des points

tout à fait fixes. Le 14 janvier elle se remet à vomir presque chaque jour; le 18 janvier elle ne pèse que 33 kilos 500. Elle s'affaiblit visiblement; je me décide à une deuxième opération. Le 20 janvier je fis une deuxième laparotomie.

Juste aux places où la malade se plaignait de piqûre dans la respiration, derrière l'appendice xyphoïde, et à gauche derrière les arcs costaux, se trouvaient de larges adhérences bien tendues, entre l'estomac et le diaphragme. Elles furent excisées en partie entre des ligatures et en partie séparées au thermo-cautère. La place où la gastro-anastomose avait été exécutée est couverte d'une délicate membrane peritonéale, de sorte qu'on ne peut plus rien voir de la suture. L'ectasie antérieure de l'estomac cardiaque n'existe plus; l'estomac montre sa configuration normale.

A la visite du matin, le lendemain, la malade salue le médecin avec un visage gai. Les douleurs ont été enlevées comme avec la main.

Evolution normale. Le poids atteint 35 kilos 9, le 31 janvier; 35 kilos, le 7 février; 39, le 22, et 40 kilos 500, le 24 février. Mais il est revenu peu à peu des douleurs, non aussi vives ni opiniâtres que précédemment, mais qui viennent cependant une ou deux fois par jour et durant une demi-heure à plusieurs heures. Autrement la malade était bien. Elle avait bon appétit, digérait tout, n'avait plus ni renvois, ni vomissements, et ses selles étaient régulières.

Pour détruire les nouvelles adhérences, car c'est à elles que je crois devoir rapporter le retour des douleurs, j'insufflai l'estomac par la méthode de Frerichs, ce qui coupa l'accès. Cet effet étonnant se produisit chaque fois après chaque expérience. *Chaque insufflation de l'estomac interrompait l'accès douloureux, et ensuite la malade restait indemne pendant 24 heures et plus.*

Après avoir appris ce fait, j'insufflai chaque jour systématiquement l'estomac. Depuis elle n'a plus du tout de douleurs. Elle doit guérir rapidement et elle jouit du meilleur état.

Le 25 mars, j'ai pu la renvoyer guérie et pesant 46 kilos. Ainsi en deux mois, son poids avait augmenté de 12 kilos.

Observation LXXXII. — *F. Watson.* Boston medical and surgical Journal, 1896, 2 avril

Estomac en sablier, dû à la cicatrisation d'un ulcère de l'estomac. — Anastomose entre les portions cardiaque et pylorique par une nouvelle méthode, avec retour à la santé.

Femme âgée de 32 ans. Il y a 7 ans, attaque de jaunisse, accompagnée de douleurs à l'épigastre et de vomissements de sang. Elle se remet de cette attaque et reste en bonne santé

pendant deux ans. De nouveaux symptômes apparurent alors : renvois acides, nausées, sensibilité de l'épigastre ; surtout accentués immédiatement après l'ingestion d'aliments. Ces symptômes augmentèrent d'intensité et, pendant les trois dernières années, les souffrances furent continuelles. Les vomissements commencèrent il y a neuf mois et eurent lieu chaque jour depuis, avec cette exception toutefois pendant les cinq semaines où la patiente fut nourrie par des lavements nutritifs. Pendant la dernière année, elle avait maigri de 20 kilogs ; elle pèse actuellement 87 livres. Absence de règles pendant six mois ; elle est maintenant très faible et peut à peine marcher. Pas de cachexie, mais une grande pâleur. La paroi abdominale est aplatie ; à gauche, dans la région épigastrique, existe une surface sensible, ainsi qu'une tuméfaction vague.

Opération le 13 septembre 1895.

Incision en forme de V fut faite à l'épigastre et l'estomac mis à découvert. A l'union du tiers droit et deux tiers gauches de l'estomac, existait une masse indurée, circulaire et composant presque toute la circonférence de l'organe et le resserrant étroitement. Ce rétrécissement ne paraissait pas être de nature cancéreuse, mais dû plutôt à la cicatrisation d'un ancien ulcère de l'estomac. On avait cru trouver un cancer de l'estomac et du duodénum : en présence de ce qu'on trouvait, la gastro-entérostomie ou une opération plastique par section longitudinale du rétrécissement et suture transversale analogue à l'opération de la pyloroplastie étaient les seules opérations à entreprendre. Il semblait préférable cependant d'établir une anastomose entre les parties supérieure et inférieure de l'estomac, au lieu de le faire entre l'estomac et l'intestin, et de cette façon de conserver l'orifice pylorique. L'opération pyloroplastique ne fut pas adoptée à cause des masses adhérentes, et de la difficulté d'obtenir une ouverture suffisamment grande. La résection de la cicatrice et l'union des deux portions de l'estomac semblait offrir un danger plus grand que l'anastomose entre les deux portions de l'estomac. Celle-ci fut accomplie de la façon suivante : la portion pylorique et la première partie du duodénum furent attirées en haut et mises en rapport avec la portion cardiaque, la portion resserrée servait d'axe, et unies entre elles par un simple rang de sutures à la soie dans une étendue de 8 cent. de long sur trois de large, aux deux extrémités de la suture les fils furent laissés plus longs afin de marquer la ligne d'incision ultérieure. Les surfaces suturées étaient plus près de la grande que de la petite courbure de l'estomac. La suture préalable, avant l'incision des parois faite afin d'écarter l'issue des matières, est, d'après l'auteur, une méthode originale. Pour arriver à mettre en communication les deux portions de l'estomac on pratique une ouverture sur la petite courbure par laquelle on peut faire l'incision de communication. Le rétrécissement était

très dense, non dilatable et admettant à peine le petit doigt. On sutura ensuite l'incision qui avait donné accès dans l'estomac; l'organe fut remis en place et les parois abdominales réunies.

Suites opératoires. — La malade vomit deux fois pendant les premières vingt-quatre heures. Plus de douleurs après le second jour. Elle fut nourrie au moyen de lavements pendant les cinq premiers jours puis nourrie par la bouche au moyen de liquides. Le dixième jour on lui fit prendre de la nourriture solide; et le 21e jour, elle mangeait de bon cœur et était hors du lit. La malade affirmait que la nourriture ne provoquait plus aucune douleur. Le retour des forces et l'augmentation de poids furent rapides. Le 2 novembre elle avait gagné 16 livres. Le 29 décembre, trois mois et demi après l'opération, nouvelle augmentation de poids de 11 livres; au moment de la publication de l'observation, 5 février, elle avait gagné en tout trente livres en six mois. L'état général était excellent et elle avait repris ses occupations de cuisinière.

Observation LXXXIII. — *Wolfler.* Beiträge für klinischen Chirurgie (von Bruns). XIII Band. — I. Heft. 1895. (Th. de Perret.)

Le 22 mai 1894, le Dr Mittelberger m'adressa à Klagenfurt une malade très déprimée, qui, âgée à peine de trente-six ans, faisait l'impression d'une femme de soixante ans. Elle pesait exactement 35 kilos 900. Elle souffrait depuis 1880, c'est-à-dire depuis quatorze ans.

D'après les déclarations de la malade, elle aurait eu un ulcère de l'estomac. Elle avait alors de fortes douleurs stomacales, de violents vomissements pendant plusieurs jours et du météorisme. Elle n'a pas dû vomir de sang, son état s'améliora après une année, mais elle avait toujours peu d'appétit, souffrait de violents renvois et d'aigreurs. Après une attaque d'influenza, vers Noël 1893, son état s'aggrava. Chaque repas était suivi de crampes d'estomac; après quelques cuillerées de soupe elle avait une sensation de réplétion, et après l'ingestion de presque tous les aliments solides, elle souffrait pendant des heures. Elle ne vomissait que rarement. Enfin de crainte de ramener ces vives douleurs, elle ne prit plus que des liquides, incommodée qu'elle était par le quart de petit pain dont elle avait coutume de déjeuner. Il n'y a pas à s'étonner qu'avec une pareille alimentation, elle diminua de plus en plus. Comme elle avait dans le voisinage de l'ombilic, entre les deux arcs costaux, à 4 cent. à droite de la ligne médiane, une place grosse comme une châtaigne, sensible à la pression, et qui lui causait toujours de la douleur à l'examen et dans les mouvements convulsifs de l'estomac, elle réclama elle-même

instamment un soulagement. Un clapotage sensible de l'estomac, quand on le secouait, et ce fait que la grande courbure était à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, indiquaient sûrement une gastro-ectasie, mais il était surprenant que les aliments ne fussent plus retrouvés par le lavage d'estomac après quatre ou six heures. Quand on voulait laver l'estomac, le liquide disparaissait bien vite; *c'était comme s'il y avait eu un trou à l'estomac*. La forme de l'estomac, que nous allons décrire, expliquait complètement ces contraditions. Le contenu de l'estomac ne renfermait ni HCl, ni acide lactique. J'ai posé le diagnostic de sténose cicatricielle de l'estomac et j'ouvris l'abdomen après un lavage préalable de l'estomac à l'acide borique, le 27 mai 1894.

Incision sur la ligne blanche depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à 3 cent. au-dessous de l'ombilic. Après l'ouverture de l'abdomen, on trouve d'abord un épaississement de l'estomac, vers la petite courbure du côté du cardia, sous forme de tissu gonflé par infiltration, large de deux doigts, et qui avait attiré à lui la grande courbure. Comme il se trouvait en même temps des ganglions lymphatiques dans le ligament gastro-hépatique, il pouvait s'agir d'un carcinome, sauf que les ganglions n'étaient infiltrés que dans les petites cellules, comme dans une inflammation, ainsi qu'on l'a constaté dans un rapide examen histologique d'une préparation faite pendant l'opération.

Pourtant le toucher de cette partie infiltrée avait montré que la muqueuse avait un contact comme celui qui résulte de la guérison d'un ulcère. On sentait une excavation nettement délimitée de la grosseur d'une pièce de 4 kreuzers, laquelle était recouverte d'une muqueuse unie. La partie cicatricielle de l'estomac fut tirée vers la droite aussi loin que possible, afin d'en constater les relations. On vit alors que l'estomac était partagé par la cicatrice en deux moitiés inégales qui étaient en communication par une ouverture où le pouce passait, dans la région de l'ulcère guéri. La portion cardiaque de cet estomac en sablier était mince et transparente par suite de sa distension. La partie cicatricielle rétrécie était adhérente au pancréas. La deuxième moitié de l'estomac était aussi considérablement agrandie : elle était plus grande qu'un estomac et sa grande courbure était très abaissée.

Les adhérences d'une part et la difficulté d'attirer la portion cardiaque de l'estomac au dehors, faisaient paraître hasardeuse l'excision de la cicatrice et la gastrorraphie. Comme d'ailleurs je ne croyais utile ni la pyloroplastie, ni la gastro-entérostomie, je pris la résolution d'ouvrir largement les deux moitiés de l'estomac dans leur partie saine, à environ 6 cent. de la cicatrice, et de les anastomoser.

D'abord dans chaque sac stomacal, la séreuse et la musculeuse furent sectionnées perpendiculairement au grand axe de

l'estomac sur une longueur d'environ 7 centimètres, et les bords postérieurs des deux incisions, ramenés l'un contre l'autre, furent réunis largement. Ensuite la muqueuse est incisée des deux côtés, les deux bords, rapprochés et réunis. Par l'ouverture faite dans chaque sac il est facile d'examiner la sténose et de vérifier le diagnostic d'ulcère stomacal guéri, et enfin de déterminer la largeur du canal de communication.

Avant de réunir les bords antérieurs de la muqueuse, j'essayai de fermer par l'extérieur, l'ancien passage par une suture annulaire, embrassant la paroi cicatricielle dans le voisinage du canal. Cela ne réussit pas, parce que cette suture rétrécissait les dimensions de la portion cardiaque de l'estomac. Ces essais firent traîner en longueur l'opération qui dura presque deux heures, quoique l'anastomose fût faite facilement et rapidement. Au-dessus fut placée la suture muqueuse antérieure et la suture séro-musculaire, comme dans les autres sutures de l'estomac et de l'intestin. Les deux moitiés de l'estomac furent tenues pendant l'opération par les mains des aides. Suture de la paroi abdominale.

Les suites de l'opération furent heureuses. Quelques hoquets fatiguèrent la malade dans les premiers jours. Elle n'avait pas de fièvre. Dans les quatre premiers jours, elle fut nourrie par des lavements de bouillon. Le cinquième jour, elle prit des liquides et, le huitième, des aliments solides. Les crampes incommodes que la malade redoutait tant ne revinrent plus après l'opération. Elle digérait facilement tout ce qu'elle prenait. Le neuvième jour, on enleva la suture de baudruche. Le dixième jour, la malade reçut pour la première fois de la viande. Le dixième jour, il se développa une thrombose douloureuse dans la veine saphène, mais elle disparut au bout de deux jours. La malade quitta son lit après quatorze jours; elle pesait encore moins qu'avant l'opération, seulement 33 kil. 700. Elle avait donc perdu 2 kilos 200 par suite de l'alimentation défectueuse des premiers jours, quoique de nombreux lavements nutritifs aient été administrés et gardés. Du 14 juin au 22 août, pendant un intervalle de deux mois, son poids s'accrut jusqu'à 42 kilos 200. Au milieu de septembre elle pesait 43 kilos 500. L'aspect s'améliora beaucoup; la malade fut bientôt en état de tout prendre et de tout garder. Depuis le jour de l'opération, ni les crampes, ni les douleurs ne revinrent. On ne trouvait, dans l'estomac, ni acide chlorhydrique, ni acide lactique.

E. Cure radicale de l'ulcère

Observation LXXXIV. — *Cordua.* Soc. méd. de Hambourg, 12 juin 1888 (tiré de la Revue des Sciences médicales. T. XXXIV, p. 259).

Une femme de 46 ans, souffrant de gastralgie depuis dix ans, porte depuis six années à l'hypochondre gauche une tumeur mobile qu'on considère comme secondaire à un ulcère d'estomac; on repousse l'hypothèse de cancer bien que la patiente ait maigri de 40 livres.

L'ouverture de l'estomac par l'incision de Hacker montre la paroi antérieure indurée à la partie moyenne : pas de noyaux cancéreux dans l'estomac, ni dans les organes environnants.

Résection de la partie moyenne de l'estomac : suture de Wolffler, toilette du péritoine, suture de la paroi abdominale. Le septième jour, l'état de l'opérée est satisfaisant, bien qu'il y ait eu des vomissements les deux premiers jours.

On constate à la partie antérieure du segment réséqué un ulcère grand comme une pièce de 3 marks, à contours durs et épais.

Observation LXXXV. — *Doyen.* Traitement chirurgical des affections de l'estomac. — Paris, 1895.

Ulcère énorme de l'estomac.

22 mars 1893. — Homme 34 ans.

Cachexie de longue date. Crises gastralgiques atroces. Le malade supporte à peine un peu de lait. Pas d'hématémèses. Anachlorhydrie. Ballonnement instestinal chronique. La fixité des douleurs, la prédominance des symptômes gastriques nous firent incliner vers le diagnostic d'ulcère rond avec contracture du pylore.

Laparotomie. Ulcère calleux de la petite courbure à cheval sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac et large comme la paume de la main. L'ulcère se termine tout près du pylore.

Gastro-entérostomie antérieure et fermeture du pylore contracturé.

Guérison.

Oservation LXXXVI. — *Doyen* (Id.)

Ulcère de l'estomac.

Novembre 1893. — Femme 42 ans.
La malade, amaigrie, est d'une faiblesse extrême, présente depuis longtemps tous les signes de l'ulcère rond.
Laparotomie. Ulcère de 6 à 7 centimères à parois calleuses, situé le long de la petite courbure.
Gastro-entérostomie antérieure.
Guérison.

Observation LXXXVII. — *Doyen.* (Id.)

Ulcère de l'estomac ou du duodénum.

Novembre 1893. — Homme 40 ans.
Crises gastralgiques de date ancienne. Hématémèses. Vomissements alimentaires. Amaigrissement progressif
Diagnostic : Ulcère de l'estomac.
Laparotomie.
Pas de lésion de la face antérieure de l'estomac. Gastro-entérostomie antérieure.
Guérison.

Observation LXXXVIII. — *Doyen.* Observation inédite fournie par M. Robin (extraite d'un ouvrage en préparation « Leçons cliniques sur le traitement des maladies de l'estomac », VIIIe leçon).

Vous souvenez-vous de ce maçon âgé de 44 ans qui était au N° 43 de la salle Serres? Il était atteint depuis treize ans d'hypersthénie permanente. Quand il est entré à l'hôpital en décembre 1894, il était déjà en pleine cachexie et vomissait tous ses repas; il avait eu de fréquents vomissements marc de café, et l'un de nos internes me le présenta avec le diagnostic « cancer de l'estomac ». Le diagnostic fut réformé par M. Londe. C'était une hypersthénie avec distension énorme de l'estomac. On a retiré trois litres de liquide par la sonde. Terribles crises gastriques, hypertrophie hépatique. Le liquide contenait 4 grammes d'HCl libre, 1 gr. 30 d'HCl combiné, des traces d'acide lactique, beaucoup d'albumine, très peu de peptone. L'épreuve de l'eau iodée décelait une digestion à peu près nulle

des féculents. L'urine faisait effervescence par HCl, signe tout particulier sur lequel j'insisterai dans les prochaines leçons. Elle renfermait, en 24 heures, 17 grammes 50 d'urée, 3 gr. 20 de chlorures, ce qui n'est pas étonnant puisque les vomissements étaient incessants, 0,80 d'acide phosphorique.

Nous avons gardé ce malade jusqu'au 20 mars. Pendant les premiers mois de son séjour il s'est amélioré sous l'influence du traitement médical. Pesant 49 kilos à son entrée, il en pesait 51 le 9 février 1895. Mais ce fut le point culminant ; toute thérapeutique médicale devint impuissante ; la cachexie fit de rapides progrès, l'œdème apparut aux membres inférieurs et gagna les cuisses et les bourses : il se produisit de l'ascite, rare complication. Le malade ne pouvait pas bouger de son lit et nous nous attendions à sa mort prochaine, quand M. Doyen, qui était venu dans notre laboratoire assister à l'analyse du contenu stomacal d'un de ses clients, vit ce malade et lui demanda s'il consentait à subir l'opération chirurgicale de la gastro-entérostomie. J'avoue que l'état de ce pauvre diable me semblait si précaire, que j'accueillis sans enthousiasme la proposition de M. Doyen J'essayai de lui démontrer que ce malade était à ce point cachectique, qu'une opération même réussie, demeurerait inutile; mais notre homme, qui se sentait perdu, qui demandait même à aller mourir chez lui, accepte après quelques légères hésitations la proposition de M. Doyen, qui l'emmena à Reims et l'opéra dans sa clinique particulière en présence de M. Londe, alors mon interne. Et puis, l'on me dit, un mois après, que le malade était sorti de la clinique. Or, quelle ne fut pas ma stupéfaction en revoyant six mois après, mon ancien malade qui avait repris ses occupations, et dont l'apparence était vraiment assez satisfaisante. Je ne sais pas ce que cet homme est devenu depuis, mais ce qui est certain c'est qu'il doit à M. Doyen, non seulement d'avoir échappé à une mort presqu'imminente, mais encore d'avoir pu rentrer dans la vie active, qui, même lors de son entrée à l'hôpital, semblait devoir être perdue pour lui.

Suivent les renseignements fournis par M. Doyen :

Minet, âgé de 44 ans, entre à la clinique le 3 avril 1895. Amaigrissement et faiblesse considérables. La face, les membres, les parois thoraciques sont dépourvus de tissu adipeux. Œdème cachectique des jambes. Ventre ballonné, tendu. Signes d'ascite. Œdème sous-cutané de la paroi.

Signes physiques de dilatation de l'estomac, saillie de l'épigastre, clapotement, etc. L'estomac descend à deux travers de doigt au-dessus du pubis et occupe une étendue considérable de la cavité abdominale.

Signes fonctionnels, douleurs dans tout l'hypochondre gauche et au creux épigastrique. Diarrhée séreuse abondante.

Le malade est soumis aux lavements alimentaires, composés de vin, bouillon et café. Injection de sérum artificiel.

Opération le 6 avril 1895. Incision de la paroi abdominale beaucoup plus bas que l'incision habituelle. Elle dépasse notablement en bas le niveau de l'ombilic.

L'inspection de la cavité abdominale confirme les données cliniques. L'estomac est considérablement dilaté. Ulcère volumineux de la petite courbure. Plaque calleuse très épaisse, de la largeur de la paume de la main, adhérente au foie et à la paroi abdominale. Ascite abondante. Œdème généralisé : infiltration de la paroi abdominale et de l'épiploon qui est très épaissi et a l'aspect tremblotant de la gelée.

Toilette du péritoine pour évacuer le liquide ascitique.

Gastro-entérostomie à la partie inférieure de la face antérieure de l'estomac au voisinage de la grande courbure et près du pylore, après rétrofixation du grand épiploon dans l'arrière-cavité.

Difficultés de l'opération par suite de l'œdème et des grandes dimensions de l'organe, et nécessité d'assurer le bon fonctionnement de l'orifice anastomotique et par suite l'évacuation régulière du contenu gastrique.

La gastro-entérostomie est pratiquée par le procédé de Doyen avec trois plans de suture à la soie en surjet.

Durée de l'opération : 40 minutes.

Les jours qui suivent l'opération, la diarrhée continue très abondante. Les deux premiers jours, eau de Vichy par cuillerées à café. Le troisième eau de Vichy coupée de lait. Puis lait, bouillon, œufs, etc.

Pendant les huit premiers jours, quelques régurgitations biliaires.

La diarrhée dure environ quinze jours et cède au bismuth et à l'opium. Le malade se lève le quinzième jour et reprend graduellement ses forces. L'ascite ne s'est pas reproduite. L'œdème des jambes ne disparaît que plus tard.

L'estomac n'est pas encore revenu à son volume normal quand le malade quitte la clinique trente-quatre jours après l'opération. Il a repris ses forces et un certain embonpoint. Il se nourrit et prend une alimentation variée, à peu près l'ordinaire des malades qui se trouvent en traitement en même temps que lui.

Observation LXXXIX. — *E. Lambotte.* — Notes envoyées par l'auteur.

Malade atteinte depuis 6 mois.

Opération le 6 septembre 1891. — Après incision de la paroi antérieure de l'estomac, les bords de l'ulcère, qui se trouvait

situé sur la paroi postérieure, furent décollés, raclés, aseptisés, puis, enfin, suturés au catgut.

Guérison complète au 29e jour.

J'ai revu la malade un an et demi après, à l'hôpital, où elle était entrée pour accoucher. Elle était restée parfaitement guérie.

Observation XC. — *E. Lambotte.* — La Clinique, 1894.

M..., 43 ans, cordonnier. Souffre de gastralgie depuis cinq ans. A eu une hématémèse il y a 4 ans. Une seconde fort grave il y a un an. Les douleurs apparaissent une demi-heure après les repas et durent souvent deux ou trois heures. C'est une heure et demie après les repas qu'elles atteignent leur acmé. La pression dans le creux épigastrique éveille une douleur extrêmement vive ; il suffit d'une pression très légère pour la produire. Le malade s'est confectionné une sorte de cuirasse haute de 10 centimètres, qu'il s'applique comme une ceinture lorsqu'il est à son travail. A ce niveau, sensation d'induration de la paroi gastrique. Il est fort émacié et anémié. L'affaiblissement a surtout fait des progrès depuis huit mois. Les douleurs ont aussi augmenté pendant cette période et se sont accompagnées de douleur intercostale vers le mamelon gauche. Dans les accès violents, il y a parfois des irradiations dans le bras gauche.

Le malade a suivi divers traitements, mais n'en a obtenu du soulagement qu'au début de sa maladie. Dans ces dernières années, il n'a eu d'amélioration qu'à la faveur d'une diète presque absolue, mais sa faiblesse l'empêche de persévérer longtemps. Le soulagement cesse bientôt lorsqu'il cède au besoin d'une alimentation plus forte. La physionomie du malade exprime l'habitude de la souffrance. Il accepte avec empressement l'opération proposée.

Examen du suc gastrique, prélevé au moyen de la sonde une heure et demie après l'absorption d'un œuf, pain grillé et 150 gr. de lait stérilisé :

3 septembre.	Acide	chlorhydrique.	3.98 ‰
4 »	»	»	3.70 ‰
5 »	»	»	4.10 ‰

Opération le 6 septembre 1892. Depuis trois jours, n'a pris que des aliments stérilisés et a subi journellement un lavage gastrique à l'eau boriquée, deux désinfections de la bouche et des dents avec solution sublimée, et toutes les heures avec eau boriquée.

Incision médiane de l'appendice xyphoïde à deux travers de doigt sous l'ombilic. Dès l'abdomen ouvert, on aperçoit une tache blanchâtre sur la face antérieure de l'estomac. A ce

niveau, induration marquée dans l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Incision le long du bord gauche de l'induration et à 5 mill. d'elle environ. Le lambeau renversé fait voir la surface ulcérée à bords violacés, rouges, tuméfiés. Il est réséqué aux ciseaux. Deux ligatures au fil de soie. Avant de fermer, examen de la muqueuse gastrique. L'ulcère est unique, le pylore normal. Suture de la musculo-muqueuse au catgut en points séparés. Double plan de sutures, à la soie fine, sur le péritoine. Suture en trois étages de la paroi abdominale.

6 heures du soir, shock nul, a eu un vomissement. Temp. 37°2. Eau stérilisée, injections de 2 centig. de morphine.

Le 7. Un vomissement dans la nuit. Temp. 37°2.

Le 8, eau stérilisée sucrée et lait.

Le 9, 200 gr. lait stérilisé parfaitement supporté.

Le 10, 600 grammes de lait.

Le 13, 2 œufs parfaitement tolérés.

Le 17, 50 gr. de filet rôti et pain.

Suites normales, le malade va de mieux en mieux et est considéré comme guéri. On augmente son régime.

Examen du suc gastrique, le 29 : (après pain, café et 1 œuf).

Le 29, acidité chlorhydrique 2.2 °/₀₀

Le 30, — — 1.9 °/₀₀

Le malade se refuse à une nouvelle exploration. Revu en juin 93. La physionomie est complètement transformée. Il déclare se porter parfaitement et n'avoir plus ressenti la moindre douleur.

Observation XCI. — *E. Lambotte.* Notes envoyées par l'auteur

Homme de 40 ans environ, qui présentait au grand complet et depuis deux ans, tous les symptômes de l'ulcère rond. Les douleurs étaient particulièrement vives et fréquentes, elles revenaient par accès prolongés. Depuis plusieurs mois le malade ne pouvait plus se livrer au travail. Des gastrorrhagies abondantes s'étaient montrées à diverses reprises. L'estomac fut incisé, retourné comme un bonnet, exploré au moyen du doigt jusqu'à la troisième portion du duodénum d'une part, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage d'autre part. Il n'y avait pas d'ulcère, la muqueuse semblait parfaitement saine dans toute son étendue. Le malade guérit non seulement de l'opération, mais fut débarrassé de ses douleurs. Quelle était la cause des accidents dont cet homme a souffert ?

C'est ce qu'il m'est impossible d'affirmer. L'avenir eût peut-être éclairé le diagnostic ; malheureusement le malade fut emporté par la variole quelques semaines après l'opération.

Quoi qu'il en soit, je fais figurer cette opération à côté de mes cures radicales d'ulcère rond, parce qu'elle a été motivée par le diagnostic d'ulcère de Cruveilhier et qu'elle doit par conséquent entrer en ligne de compte dans une statistique destinée à établir la valeur de l'opération.

Observation XCII. — *Maurer* (Darmstadt). Arch. für klin. Chirürgie 1887, t. XXX, p. 1.

Observation d'un cas d'ulcère simple opéré par le Prof. Czerny à Heidelberg.

Philippe Moses, âgé de 41 ans, entre à la clinique médicale le 7 novembre 1882. Le malade a toujours été bien portant et n'a eu que la rougeole en 1848. Il y a deux ans, sans cause appréciable, il a été pris de douleurs dans la région épigastrique; ces douleurs irradiaient dans le dos; elles duraient 3 ou 4 heures. Mais bientôt les moments d'accalmie disparurent. L'appétit reste pourtant bon.

Au mois de janvier de cette même année apparaissent des vomissements qui surviennent deux heures après le repas. Ces vomissements ont un goût acide, ils sont constitués par du liquide dont la quantité peut dépasser un litre. Jamais de sang; pas de diarrhée. Le malade est soumis à un traitement médical et à des lavages d'estomac.

Etat actuel : Thorax très déformé ; scoliose droite de la colonne dorsale. La région épigastrique est le siège d'un clapotement très net. Le foie n'est pas augmenté de volume, son bord inférieur n'est pas abaissé: au-dessous de lui on trouve un son tympanique. L'urine est alcaline, contient des phosphates et de l'albumine.

Le poids du malade est de 48 kilos. Diagnostic : Dilatation de l'estomac consécutive à un ulcère.

Le 4 décembre, le malade entre à la clinique chirurgicale où on l'examine sous le chloroforme : on trouve à cet examen, dans la région pylorique, une bride large de trois travers de doigt environ, à laquelle est accolée en haut et à gauche une petite tumeur de la grosseur d'un haricot. Le malade vomit tous les jours après ses repas. On fait journellement des lavages d'estomac avec une solution d'acide salicylique. Lorsque le malade n'avait pas vomi on pouvait retirer de son estomac un à deux litres de liquide très acide. Lorsque l'estomac était rempli, la grande courbure se trouvait à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Considérant la tumeur trouvée dans la région pylorique comme la cause de la dilatation, une intervention chirurgicale devenait indiquée, surtout que le malade perdait ses forces de plus en plus. De 48 kilos il était tombé à 46 kilos. Le malade

ayant consenti à l'opération, celle-ci fut pratiquée le 13 décembre 1882.

L'incision longue de 9 cent. es faite sur la ligne blanche, en partant d'un point situé à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. Le péritoine est fixé par deux fils aux parois abdominales et on attire l'estomac vers la plaie. Il existe sur la petite courbure une induration qui commence à deux ou trois travers de doigt à gauche du pylore. Au niveau de cette partie indurée existent des adhérences. On trouve de plus une bride isolée large de 1/2 centimètre. Cette bride est sectionnée entre deux ligatures. L'estomac apparaît alors déformé ; il présente au niveau de la petite courbure, à trois travers de doigt du pylore, une encoche. Une autre encoche existe vis-à-vis de la précédente, au niveau de la grande courbure. De sorte que l'estomac est transformé en deux poches distinctes. La partie postérieure de l'organe adhère aux parties profondes. On essaie de faire disparaître ces encoches en détruisant des fausses membranes; mais comme on n'y parvient pas on se propose de faire une gastro-entérostomie en réunissant la paroi antérieure de l'estomac avec la partie initiale du duodénum. L'estomac est donc incisé et l'introduction du doigt dans sa cavité permet de sentir un ulcère allongé, à bords taillés à pic, se dirigeant de droite à gauche, de haut en bas et d'avant en arrière. La plus grande partie de l'ulcère appartient à la paroi postérieure de l'estomac. Il existe un repli de la muqueuse, très épais, qui forme au devant de l'orifice pylorique une espèce de soupape. On modifie encore le plan opératoire et on essaie d'exciser l'ulcère, ce qui paraît assez facile à cause de l'épaisseur de la paroi à ce niveau. On prolonge en haut l'incision de la face antérieure de l'estomac, puis, par l'intérieur de celui-ci on fait une excision elliptique de l'ulcère, en l'énucléant, pour ainsi dire de la couche musculeuse. On atteint la tunique séreuse seulement en deux points insignifiants. L'hémorrhagie est presque nulle. Cette perte de substance ainsi obtenue est suturée en allant en haut, en avant et à droite. On met 26 points de suture profonds qui réunissent assez exactement la muqueuse. Après avoir oblitéré cette perte de substance on excise le reste de l'ulcère situé au niveau de la petite courbure et de la paroi antérieure en enlevant toute l'épaisseur de la paroi. On suture la plaie par 15 points de suture profonde, puis la tunique séreuse par des points superficiels. Lavage de la cavité abdominale qui est restée presque tout à fait propre. Suture de la paroi abdominale, pansement de Lister. Durée de l'opération : 2 heures 25 minutes.

La pièce réséquée mesure 9 cent. de long. sur 4 à 5 cent. de large. La longueur de l'ulcère était de 4 cent. 1/2, sa largeur de 2 cent. 1/2 en avant; en arrière il avait 2 cent. à la partie moyenne. Les bords étaient transformés en tissu fibreux.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac.

La période post-opératoire se passa sans accident. Le 11 janvier 1883 l'état du malade est tout à fait satisfaisant et il quitte le service le 25 janvier avec une augmentation de poids de 4 livres. Il reste de la dilatation stomacale, Le 9 mars, le malade se présente ayant augmenté de 20 livres. Il a très bonne mine, ne présente aucun trouble digestif et supporte fort bien la viande et les légumes. On ne trouve plus de dilatation appréciable.

Observation XCIII. — *Schuchardt.* — 23me Congrès de la Société allemande de chirurgie tenu à Berlin. Centralblatt für Chirürgie 1894. Supplément p. 48. (Semaine médicale 1894, p. 203).

J'ai perdu un opéré qui se trouvait avoir plusieurs ulcères d'estomac. J'avais pratiqué l'extirpation d'un ulcère et le malade avait guéri de son opération ; mais il continua à présenter des troubles gastriques graves et il finit par succomber dans le marasme. A l'autopsie on trouva, outre la cicatrice opératoire, un autre ulcère qui avait échappé à l'examen lors de l'intervention.

Observation XCIV. — *Tuffier* (Obs. inédite).

Ulcère d'estomac. Gastro-entérostomie postérieure. Mort par perforation survenue probablement le matin de l'opération.

Colombier, François, 33 ans.

Entré le 1er mars 1897.

Oreillons à 23 ans, orchite ourlienne bilatérale et atrophie testiculaire consécutive double. Blennorrhagie légère à 25 ans.

Il y a deux ou trois ans, il a commencé à vomir des matières muqueuses, bilieuses, puis alimentaires, de couleur marc de café, affirme le malade. Pas de melæna. Il se plaint d'avoir éprouvé quelquefois du hoquet et des douleurs très vives localisées à l'hypochondre gauche. A cette époque déjà, le malade avait observé au niveau de la région épigastrique une petite tumeur qui sortait et rentrait facilement. Il se mit au régime lacté absolu et obtint une amélioration notable dans son état, à ce point que depuis 5 ou six mois il avait recommencé à manger comme par le passé. Il y a un mois et sans raison les mêmes accidents qu'il y a trois ans reparurent :

Douleurs dans la région stomacale, vomissements noirs, pas de melœna.

Il entre le 1er mars à la Pitié, salle Piorry, on lui donne du lait et du bismuth. L'amélioration est peu sensible, et il se décide à entrer en chirurgie.

État actuel. — Le ventre est ballonné et on détermine à la pression des douleurs diffuses. Le foie déborde un peu les fausses côtes. On trouve deux pointes de hernies inguinales et une petite hernie épigastrique siégeant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Elle sort facilement sous l'effort; sa grosseur est celle d'une noisette; elle rentre avec la même facilité.

On ne trouve rien à l'exploration profonde du pylore.

L'estomac paraît un peu dilaté.

Le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation et présente des symptômes éthyliques marqués : crampes dans les mollets, cauchemars terrifiants, rêves professionnels, pituites matutinales, tremblement fibrillaire de la langue.

Le matin même de l'opération, il a un vomissement abondant de liquide brunâtre.

Opération le 18 mars.

Incision médiane de 12 cent. finissant à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Estomac distendu, très vasculaire, à parois épaisses, plus résistantes et plus dures que normalement, mais sans trace de nodosités.

Au-dessus du pylore et du niveau de la petite courbure, on voit une bride allant de la face inférieure du foie à la face antérieure de l'estomac.

On fait la gastro-entérostomie postérieure par le procédé classique. La vascularisation extrême et l'abouchement peut-être trop rapproché de la grande courbure a un peu compliqué l'opération par la quantité de sang écoulé.

Toutes les sutures sont faites à la soie.

Pansement antiseptique.

Remarques. — Il se produisit un léger hématome à la base de l'épiploon, au niveau de son insertion stomacale, et dû à un vaisseau non lié, pris dans la suture séro-séreuse antérieure. Deux autres petits vaisseaux ouverts pendant la déchirure de l'épiploon et situés dans l'épiploon lui-même ont été liés à la soie.

Durée de l'opération : 55 minutes, dont 24 minutes pour les sutures.

Suites opératoires. — Le malade a des vomissements considérables, immédiatement après l'opération. Le soir il vomit à flot un liquide brunâtre analogue à celui qu'il rendait avant l'opération. Dans la nuit, vomissements continuels, agitation extrême. Le matin, 4 grammes de chloral en lavement.

19 mars. — Le matin, vomissements abondants de liquide brunâtre. Pilules d'opium de 2 cent. à 10 h. 1/2. A partir de

ce moment les vomissements diminuent. A 3 h. 1/2, VI gouttes de laudanum. Les vomissements ont à peu près cessé le soir.

A 8 heures, 1 cent. de morphine.

Dans la nuit pas de vomissements.

20 mars. — Les vomissements apparaissent de nouveau dans la journée. Ce sont des matières brunâtres que le malade rejette avec force, en jet. Le facies est très mauvais ; le pouls très fréquent et faible. On craint une issue mortelle.

21 mars. — En présence de la persistance des vomissements et bien que le ventre fût souple et nullement ballonné, M. Desfosse, interne de service, ouvre le ventre. Le malade est endormi à l'éther ; on fait sauter les points de suture.

On trouve les intestins modérément distendus et de coloration normale. Au niveau de la gastro-entérostomie l'anse a conservé son aspect normal ; il n'y a ni coudure brusque, ni diminution de calibre de l'intestin. Les anses intestinales ne sont point particulièrement vascularisées, et on ne constate en aucun point l'aspect d'un péritoine enflammé.

Immédiatement après la fermeture de l'abdomen par un seul plan de suture à la grosse soie, on pratique une injection intraveineuse de 1500 gr. de sérum artificiel et une injection de 0 gr. 75 cent. de caféine.

Le malade continue à vomir comme auparavant. Le facies est mauvais. Délire, agitation extrême. On croit que le malade n'en a plus que pour quelques heures.

22 mars. — Même état extrêmement grave. Les vomissements ont une coloration jaunâtre. Injection de 0 gr. 50 de caféine. Le matin injection de 1300 gr. de sérum artificiel. Le soir, nouvelle injection intraveineuse de 1500 gr. de sérum.

Langue sèche, pouls misérable, incomptable. Extrémités froides. Lavements nutritifs.

23 mars. — Toujours du délire. Vomissements fréquents ; pouls fréquent mais plus fort. Le malade urine sous lui ; diarrhée.

Injection de 0 gr. 75 de caféine. Injections intra-veineuses de 1500 gr. de sérum le matin et le soir.

Le malade a toujours du délire, mais est moins agité.

Il ne peut supporter le poids des couvertures.

Lavements nutritifs.

24 mars. — Ce matin le malade présente un gonflement extrêmement douloureux de la région parotidienne gauche ; il a de la peine à ouvrir la bouche. Une purge ne peut être avalée.

25 mars. — A 9 h. du matin, mort dans le coma.

Autopsie. — La gastro-entérostomie a bien tenu et le doigt pénètre facilement par l'orifice créé. A la partie supérieure de la région pylorique à 2 centimètres du pylore, existe *une perforation de l'estomac* grande comme une pièce de 2 francs, au centre d'un ulcère adhérent par son pourtour à la face inférieure du foie.

OBSERVATIONS

classées d'après le motif de l'intervention, et dans chaque groupe, d'après la date de l'opération.

HÉMORRHAGIES

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
13 février 1887	Mikulicz	Femme. 20 ans Début : un an. Douleurs. *Hématémèses.*	Ulcère de l'estomac. *Hématémèses.*	Cautérisation de l'ulcère. *Pylorasplastie.*	Ulcère de la paroi postérieure du duodénum.	Mort par collapsus.
septembre 1888	W. Gannett	Troubles du côté de l'estomac. Hématémèses. Melæna.	Ulcère de l'estomac. *Hématémèses.*	A cause des adhérences qui existent autour du pylore simple laparotomie exploratrice.	Autopsie : Ulcère du pylore. Perforation de l'artère pancréatico-duodénale.	Mort.
5 décembre 1889	Mikulicz (inédite)		Ulcère de l'estomac. *Hématémèses.*	Gastrorrhaphie.		Mort par collapsus.

1893		Signes de dilatation de l'estomac. Hématémèses.		l'ulcère. Gastro-entérostomie.		toire et fonctionnelle.
1893	Roux	Homme. Hématémèses abondantes. Affaiblissements.		Résection d'un ulcère de la petite courbure. Ligature double de la coronaire stomachique.		Guérison.
22 avril 1894	Mikulicz (inédite)		Ulcère de l'estomac. *Hématémèses.*	Curetage de l'ulcère. Perforation de la paroi stomacale. Suture.		Guérison. Etat de santé parfait trois ans après l'opération.
15 novembre 1894	Mikulicz (inédite)		Ulcère de l'estomac. *Hématémèses.*	Gastrorrhaphie.		Mort par collapsus.

ADHÉRENCES

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
12 juillet 1888	Loreta — Codivilla	Femme, 22 ans. Début : 5 ans. Douleurs après les repas. Vomissements chaque jour après chaque repas, dans les derniers temps. Tous les traitements sont sans résultat.	Sténose du pylore ou adhérences.	Libération d'adhérences. Constatation de pylore libre.		Guérison opératoire. Guérison fonctionnelle au début, puis rechute.
4 décembre 1888	Billroth — Eiselsberg	Femme, 50 ans. Début : 14 ans. Douleurs, vomissements hématémèses. Dans les derniers temps, douleurs, tumeur.	Néoplasme malin.	Section d'adhér. Résection d'une portion de la paroi antérieure de l'estomac.	Tissu cicatriel. Ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle, revue après six mois.
4 août 1892	Mayo-Robson	Homme, 18 ans. Souffre de l'estomac depuis trois ans. Douleurs, vomissements alimentaires, quelquefois sanglants. Dilatation d'estomac.	Dilatation du pylore dépendant probablement d'adhérences du pylore à la vésicule biliaire.	Libérat. d'adhérences.		Guérison opératoire. Guérison fonctionn. après une petite rechute.
11 mars 1893	Terrier	Femme, 58 ans. Début : cinq ans. Troubles digestifs. Tumeur.	Néoplasme stomacal.	Section d'adhérences.	Adhérences sans néoplasme.	Guéris. opérat. Guér. fonction. seulement au bout

1893			lade.	quelq. adhérences. Gastro-entérostomie.		
19 mai 1894	Terrier	Femme, 62 ans. Début : 10 ans. Troubles digestifs : vomissements, douleurs. Empâtement diffus de la région épigastrique.	Néoformation ou adhérences.	Libérat. d'adhérences.	Adhérences.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
1894	Walther	Femme.	Cancer.	Libération d'adhérences.	Adhérences suites d'ulcère.	Guérison constatée après 3 ans.
15 février 1895	Jaboulay — Bouquet de Jolinière	Homme, 50 ans. Souffre depuis 15 ans de l'estomac. Vomissem^{ts} fréquents. Amaigrissement.	Sténose du pylor^{e} Ancien ulcère. Adhérence du pylore au foie.	Destruction d'adhérences.	Adhérences ; légère sténose du pylore.	Guérison opérat. Très légère amélioration des symptômes.
11 juin 1895	Krogius	Femme, 51 ans. Début : 27 ans, par des douleurs. Depuis 1894 : tumeur. Augmentation des douleurs et des vomissements Tumeur douloureuse.	? On intervient à cause des douleurs	Section d'adhérences. Résection de la partie adhérente de l'estomac.	Examen microscopique : sclérose, pas tumeur maligne.	Guérison opératoire et fonction., six mois après. Disparition de la tumeur.
25 novemb. 1895	Von Noorden	Femme, 52 ans. Ulcère d'estomac, il y a 32 ans. Début : un an. Douleur après les repas	Adhérences.	Libérat. d'adhérences.		Guérison opératoire. Guérison fonctionnelle.
29 février 1896	Klaussner	Femme, 21 ans. Début : 4 ans. Douleurs présentant des alternativ. Depuis 3 ans, douleurs continuelles. Quelq. vomissements. Tumeur.	Tumeur maligne.	Libérat d'adhér. A une seconde opération quelques jours après, résection des parties indurées.		Guérison opératoire et fonctionnelle, constatée 6 mois après.

STÉNOSE

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
21 Novemb. 1881	Rydygier	Femme, 30 ans. Début : 3 ans. Troubles dyspeptiques Dilatation de l'estomac.	Ulcère de l'estomac. Stenose pylorique.	Pylorectomie.	Sténose laissant passer un crayon.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
27 Janvier 1882	Van Kleef	Femme, 37 ans. Début : 15 ans. Troubles dyspeptiques Faiblesse qui s'accroît après hématémèse abondante.	Ulcère d'estomac. Etat général allant en s'aggravant.	Pylorectomie.	Sténose pylorique permettant le passage d'une plume.	Guéris. opérat. Guér. fonctionn. incomplète Nécessité de diète, de lavage d'estomac.
29 Janvier 1885	Lauenstein	Homme, 47 ans. Début : 10 ans. Douleurs ; — vomissements. Dilatation d'estomac.	Sténose du pylore.	Résection.	Sténose pylorique ulcéré au niveau de la petite courbure.	Mort.
11 Février 1885	Czerny et Rindfleisch	Femme, 31 ans. Début : 12 ans. Symptômes d'ulcères. Aggravation dans les derniers temps. Tumeur.	Cancer du pylore.	Résection du pylore.	Sténose pylorique, suite d'ulcère.	Mort. Péritonite.
21 Décemb. 1885	Billroth — Eiselberg	Femme. 58 ans. Début : 1 an 1/2. *Vomissements.* Tumeur dans région		Résection du pylore.	Sténose cicatricielle du pylore, suite d'ulcère.	Mort par péritonite.

1886		sténose.	lore.		re, laissant à peine passer une aiguille à tricoter. — Ulcère cicatrisé.	toire et fonctionnelle.
11 Juin 1886	Mikulicz	Homme, 40 ans Début : 18 ans. Douleurs, — vomissements. Dilatation d'estomac. Tumeur.	Sténose. — Adhérences.	Gastro-entérostomie.	Sténose. Adhérences.	Guérison opératoire, mais douleurs persistent.
26 Mars 1887	de Salzer — Eiselsberg	Femme, 55 ans Début : 3 ans. Douleurs, — vomissements Tumeur du pylore.	Cancer du pylore.	Résection du pylore.	Sténose due à un ancien ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
27 Octobre 1887	Billroth — Eiselsberg	Homme, 31 ans. Douleurs, vomissements, hématémèse. Dilatation d'estomac. Tumeur dans région pylorique.		Résection du pylore.	Sténose cicatricielle, avec trace d'ancien ulcère.	Mort par péritonite consécutive à alimentation solide.
3 Novemb. 1887	Fritzsche	Homme, 57 ans Maux d'estom. passagers depuis de longues années Estomac très dilaté. Induration. Violentes douleurs.	Cancer du pylore.	Gastro-entérostomie.	Sténose pyronique, à cause de la persistance de la bonne santé après l'opération.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé 8 mois après l'opér.
7 Novemb. 1887	Billroth — Eiselsberg	Femme, 49 ans Début : 3 ans. Douleurs puis vomissements. Tumeur du pylore.	Cancer du pylore.	Résection du pylore.	Sténose cicatricielle, *pas de cancer*.	Guéris. opérat. Mort 3 m. après d'un cancer du pylore.

STÉNOSE (Suite)

DATES	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
16 décembre 1887	Billroth — Eiselsberg	Femme, 37 ans Début : 15 ans. Vomissements. Douleurs. Dilatation de l'estomac Tumeur de région pylorique.		Résection partielle du pylore.	Sténose cicatricielle, suite d'ulcère.	Mort par péritonite. Un noyau avait traversé la ligne de sutures.
24 février 1888	Fritzsche	Femme, 37 ans. Douleurs d'estomac. Vomissements de sang. Dilatation d'estomac.	Sténose cicatricielle du pylone	Gastro-entérostomie.		Guérison opératoire et fonctionnelle.
29 mai 1888	Billroth — Eiselsberg	Homme, 34 ans. Début : sept ans. Vomissements, amaigrissements.		Gastro-entérostomie postérieure.	Sténose du pylose. Anciens ulcères.	Mort par péritonite. Propagation d'un abcès de la paroi abdominale.
4 juillet 1888	Billroth — Eiselsberg	Femme, 46 ans. Début : 19 ans. Douleurs, vomissem. Depuis six mois, tumeur du pylore. Dilatation de l'estomac.		Résection du pylore.	Sténose cicatricielle.	Mort par collaps.
octobre 1888	Bond		Sténose du pylore.	Dilatation digitale.	Sténose du pylore ulcère.	Gérison opérat. Amélioration, puis mort 11 mois [illegible]

18 décembre 1888	Lauenstein	Début : 3 ans. Troubles dyspeptiques. Dilatation d'estomac.	Ulcère simple avec sténose pylorique.	Résection du pylore.	Sténose pylorique, 3 ulcères près du pylore.	Mort. Collapsus.
21 décembre 1888	Lauenstein	Homme, 52 ans. Début : 10 ans. Troubles dyspeptiques. Tumeur.	Cancer du pylore développé sur un ancien ulcère.	Résection du pylore.	Sténose pylorique. Ulcère. Pas de cancer.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
28 janvier 1889	Czerny et Rindfleisch	Femme, 45 ans. Début : 13 ans. Douleurs. Tumeur. Dilatation de l'estomac.	Cancer ou tumeur de la petite courbure.	Pylorectomie.	Autopsie. Hypertrophie du pylore suite d'ulcère.	Mort huit mois après due à inflexion et rétraction cicatricielle du duodénum.
28 mars 1889	Lauenstein	Femme, 42 ans. Début : 2 ans. Douleurs, vomissem. Tumeur dans la région pylorique.	Ulcère du pylore.	Pyloroplastie.	Sténose du pylore, adhérences.	Mort par péritonite due à un point de suture qui déchira.
12 octobre 1889	Czerny et Rindfleisch	Femme, 50 ans. Début : 5 ans. Douleurs, vomissem. Dilatation d'estomac. Induration profonde au niveau du pylore.	Inefficacité du traitement médical.	Résection du pylore.	Sténose cicatricielle du pylore, et ulcères.	Mort. Collapsus.
24 mai 1890	Czerny et Reidfleisch	Homme, 44 ans. Début : trois ans. Douleurs, tumeur.		Résection du pylore.	Myxosarcome de la grande courbure et deux ulcères de la paroi postérieure.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé un ans après.

STÉNOSE (Suite)

DATES	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
septembre 1891	Lange — Max Einhorn	Homme, 28 ans. Début : 7 ans. Troubles dyspeptiques.	Sténose pylorique suite de cicatrisation d'un ulcère.	Pyloroplastie.	Sténose du pylore.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
9 mai 1892	Doyen	Femme, 35 ans. Vomissements alimentaires. Hématémèse, melœna. Douleurs térébrantes.	Ulcère d'estomac et sténose pylorique.	Pyloroplastie.	Adhérenees. Sténose cicatricielle.	Guérison opératoire, mais ultérieurement. Reproduction de la sténose. *Gastro-entérostomie.* Guérison.
23 mai 1892	Doyen	Femme, 55 ans. Vomissements, Hématémèses. Dilatation de l'estomac.	Caneer du pylore.	Pylorosplatie.	Sténose eicatricielle.	Mort dans l'adynamie, le 14 juin 1892.
9 juin 1892	Doyen	Homme, 40 ans. Début à l'âge de 18 ans. Hématémèse à 22 ans. Depuis eette époque tous les symptômes de l'ulcère. Faiblesse extrême.		Gastro-entérostomie postérieure.	Rétréeissement du pylore et du duodénum.	Guérison opératoire et fonetionnelle. Bonne santé deux ans après.
30 juillet 1892	Doyen	Femme, 23 ans Gastralgie et vomissements depuis six années.	Ulcère d'estomac sténose pylorique.	Gastro-entérostomie antérieure.		Guérison opératoire et fonction-

21 octobre 1892	Dreydorff	Début : 10 à 12 ans. Troubles dyspeptiques. Douleurs, vomissem., allant en s'accentuant. Tumeur de région pylorique. Dilatation d'estomac.	Sténose du pylore, probablement consécutive à un ulcère.	Pyloroplastie.	Sténose du pylore.	Guérison opératoire et fonctionnelle, bonne santé, six mois après.
28 novembre 1892	Doyen	Homme, 22 ans. Crises gastralgiques depuis sept ans. Vomissements aliment^s depuis trois ans. Amaigrissement, faiblesse extrême.	Sténose pylorique.	Pylorectomie et fermeture du duodenum. Gastro-entérostomie antérieure.	Sténose pylorique.	Guérison.
17 janvier 1893	Dreydorff	Femme, 30 ans. Début : 9 ans. Douleurs, vomissem., récemment hématémèses. Amaigrissement. Dilatation de l'estomac.	Ulcère de l'estomac. Sténose cicatricielle du pylore.	Pyloroplastie.	Sténose pylorique. Ulcère de la petite courbure.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
19 janvier 1893	Monod — Jayle et Thiercelin	Homme, 46 ans. Début : 4 ans. Troubles dyspeptiques. Hématémèses. Dilatation d'estomac. Amaigriss^t. Cachexie.	Sténose du pylore.	Gastro-entérostomie. Durée de l'opération : 2 heures.	Sténose cicatricielle.	Mort.
28 janvier 1893	Guinard	Homme, 32 ans. Début : 9 ans. Troubles de dilatation d'estomac, puis hématémèses	Rétrécissement cicatriciel du pylore suite d'ulcère.	Gastro-entérostomie. Insiste sur la nécessité de la torsion de l'anse.		Guérison opératoire et fonctionnelle.

STÉNOSE (suite)

DATES	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
7 février 1893	Dreydorff	Homme, 43 ans. Début : 6 ans. Douleurs, vomissem. Dilatation d'estomac.	Sténose pylorique due à un ulcère simple de l'estom.	Pyloroplastie.	Sténose pylorique.	Guérison opératoire, reproduction des accidents trois mois après.
18 février 1893	Gross	Homme, 35 ans. Début : 8 ans Vomissements. hématémèses. — Opéré le 15 sept. 1892, par M. Heydenreich, pour rétréeissement pylorique. Pyloroplastie. Mais reproduction de sténose.		Gastro-entérostomie postérieure.		Guérison opératoire. Résultat fonctionnel pas possible à apprécier à cause de durée trop courte.
22 février 1893	Lange — Mac Einhorn	Homme, 40 ans. Début : 2 ans. Troubles dyspeptiques. *Douleurs*. Cachexie.	Sténose du pylore.	Pyloroplastie.	Sténose du pylore.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé deux ans après.
23 février 1893	Lange — Mac Einhorn	Femme : 38 ans. Début : 14 ans. Symptômes d'ulcère ancien. — Douleurs, dilatation d'estomac. Vomissements	Sténose du pylore consécutive à cicatrisation d'ulcère.	Pyloroplastie.	Sténose.	Guérison opératoire et fonctionnelle.

1893		Douleurs. Vomissem. Hématémèses. Dilatation d'estomac. Amaigrissement considérable.		mie.	blement cicatricielle bénigne.	toire et fonctionnelle.
16 juillet 1893	Doyen	Tumeur mobile du pylore. Dilatation de l'estomac. Amaigrissem^t extrême. Syncopes fréquentes. Délire cachectique.	Cancer du pylore.	Pylorectomie, fermeture de l'estomac et du duodenum. Gastro-entérostomie.	Ulcère du pylore.	Mort par affaiblissement.
25 août 1893	Lauenstein	Femme, 34 ans. Douleurs et vomissements depuis très longtemps Amaigrissement. Dilatation d'estomac.	Sténose consécutive à un ulcère.	Gastro-entérostomie.	Pylore et petite courbure adhérents au foie.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
3 janvier 1894	Rydygier	Homme, 48 ans. Début : six ans. Troubles dyspeptiques Récemment hématémèses. Dilatation d'estomac.	Ulcère simple avec sténose du pylore.	Résection du pylore.	Stén. pylorique.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
16 janvier 1894	Rydygier	Homme, 33 ans. Début : sept mois. Troubles dyspeptiques Dilatation d'estomac. Amaigrissement considérable.		Résection du pylore.	Ulcère rond de l'orifice pylorique.	Mort : Pneumonie.

STÉNOSE (suite)

DATES	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
24 février 1894	Willy Meyer Max Einhorn	Femme, 43 ans. Début : 4 ans. Troubles dyspeptiques. Tumeur. Dilatation d'estomac.	Tumeur du pylore.	Pylorectomie. Puis réunion du duodénum à la paroi postérieure de l'estom. au moyen du bouton de Murphy.	Sténose cicatricielle.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
mars 1894	Bond	Homme. Signes de sténose du pylore.	Sténose du pylore	Dilatation au moyen des dilatateurs de Hegar. — Récidive au bout de quelques mois. Nouvelle opération : Gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy.	Sténose.	Guérison opératoire et fonctionnelle après la seconde opération.
mars 1894	Curtis	Homme, 37 ans. Début : un an. Douleurs, Vomissem. Hématémèses	Sténose pylorique d'origine bénigne	Pyloroplastie.	Ulcère entourant le pylore.	Guérison opératoire et fonction-

avril 1894	Bond	Début : quatre ans. Vomissements.		Pyloroplastie. — Reprise des accidents après la première semaine. — Nouvelle opération : Dilatation, puis mise à demeure dans le pylore, d'une sonde qu'on fait sortir par la paroi abdominale.	Stén. du pylore.	Mort par cachexie quelq. semaines après la sec. opération.
26 avril 1894	Lauenstein	Homme, 42 ans. Début : six ans. Douleurs, Vomissem. Dilatation d'estomac.	Ulc. simple avec sténose du pylore.	Résection du pylore.	Stén. pylorique Ulc. de la petite courbure.	Mort par affaiblissement.
27 juin 1894	Küster	Homme, 42 ans. Début . six ans. Troubles digestifs. Dilatation d'estomac. Hématémèses.	Etat misérable du malade.	Cautérisation de l'ulcère gastro-entérostomie.	Stén., pylorique. Ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé, six mois après.

STÉNOSE (suite)

DATES	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'INTERVENTION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATION	RÉSULTATS
5 décembre 1894	Chaput	Homme, 49 ans. Début : quatre ans. Douleurs, Vomissem. Amaigrissement. Tumeur épigastrique considérée comme cancer soi-disant guéri par le chlorate de soude. Dilatation d'estomac.	?	Gastro-entérostomie, après différentes manœuvres.	Stén. du pylore. Abcès retrostomacal.	Mort.
4 juin 1895	Lauenstein	Homme, 34 ans. Début : six ans. Douleurs, Vomissem.	Stén. pylorique consécutive à ulc.	Pylorosplastie	Stén. pylorique.	Mort par péritonite. Deux fils de suture ont lâché.
28 août 1895	Chaput	Femme, 34 ans. Début : un an et demi. Douleurs, Vomissem., Hématémèses, Dilatation de l'estomac, Tumeur,	Ulcère de l'estomac. Sténose.	Gastro-entérostomie postérieure, puis entéro-anastomose pour rétablir		Guérison opératoire et fonctionnelle. Excellente santé

28 novemb. 1895	Lauenstein	Début : un an. Douleurs, Vomissem., Hématémèses, Amaigrissement. Dilatation d'estomac.	Ulcère d'estomac avec adhérences.	Gastro-entérostomie.	Adhér. fixant le pylore au foie et au pancréas. Induration au niveau de la petite courbure.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
février 1896	Bond	Homme, 25 ans. Début : trois ans. Troubles dyspeptiques Hematémèses. Dilatation d'estomac.	Stén. du pylore.	Gastro-entérostomie par le bouton de Murphy.	Stén. du pylore.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
11 février 1896	Lauenstein	Femme, 22 ans. Début : ans. Symptômes d'ulcère.	Ulcère d'estomac ou cicatrice à la suite d'ulcère.	Gastro-entérostomie.	Sténose du pylore. Adhérences.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
13 février 1896	A. Lambotte	Femme, 27 ans. Début : 5 ans. Douleurs, vomissem., puis hématémèses. Affaiblissement.	Affaiblissement.	Gastro-entérostomie.	Cicatrice au niveau du pylore. Sténose. (Ancien ulcère).	Guérison opératoire et fonctionnelle.
2 septembre 1896	A. Lambotte	Homme, 56 ans. Début : 12 ans. *Douleurs.*	Inefficacité de tout traitement. Amaigrissement.	Gastro-entérostomie.	Cicatrice au niveau du pylore, adhérente au foie. (ancien ulcère.)	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé six mois après.

ESTOMAC BILOCULAIRE

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
14 octobre 1889	Von Waht — Nissen	Homme. Début : 2 ans. Douleurs. Vomissemts hématémèses. Alternatives de santé et de troubles jusqu'en 1889 (août).	Ulcère d'estomac *Péritonite.*	Laparotomie. Exploration de l'estomac qui paraît sain. Fermeture.	Autopsie. Estomac en sablier. Au milieu du rétrécissement, perforation.	Mort.
5 mai 1890	Bramann — Bauermister	Femme, 28 ans. Vomissements. Douleurs. Début : un an. Tuméfaction sous le rebord costal gauche.	Ulcère d'estomac perforé. Péritonite circonscrite.	Incision. On tombe dans cavité purulente, communiquant avec deux poches stomacales ne reconnaît pas. Drainage. On s'arrête à cause de faiblesse de la malade.	Autopsie. Estomac en sablier. Perforation au niveau du rétrécissement qui communique avec incision de paroi abdominale.	Mort.

3 novemb. 1892	Krukenberg — Schmidt-Mounard	Début : 3 ans. Troubles digestifs. Tumeur petite. Par insufflation : deux poches.	Estomac biloculaire.	Gastroplastie.	Estomae biloculaire. Suite d'ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
25 janvier 1893	Doyen	Femme, 40 ans. Intolérance gastrique. Douleurs térébrantes. Douleur à la pression.	Ulcère. Symptômes douloureux.	Gastroplastie.	Estomae biloculaire.	Guérison.
27 mai 1894	Wölfler	Femme, 36 ans. Début : 14 ans. Douleurs. Vomissements. Clapotage. Lavages de l'estomac introduisent liquide qu'on ne peut plus retirer.	Sténose cicatricielle de l'estomac.	Gastro-anastomose.	Estomac en sablier	Guérison opératoire et fonctionnelle.
25 octobre 1894	Freiherr von Eiselberg	Femme, 28 ans. Symptômes de sténose pylorique avec hématémèses. Tumeur.	Sténose pylorique.	Gastro-anastomose.	Estomac en sablier	Mort par péritonite, déchirure des parois par les sutures.

ESTOMAC BILOCULAIRE (Suite)

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
1895	Hofmeister	Femme.	Tumeur maligne.	Destruction d'adhérences. Section du rétrécissement stomacal et suture comme dans la pyloroplastie.	Adhérences. Estomac en sablier	Guérison opératoire et fonctionnelle.
17 juillet 1896	Jaboulay	Femme, 41 ans. Début : 30 ans. Alternatives de périodes de santé et de périodes de troubles digestifs. Depuis un an, aggravation. Résultat de l'insufflation en contradiction avec la palpation.	Estomac biloculaire.	Gastroplastie.	Estomac biloculaire.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé un an après.
13 septemb. 1894	Watson	Femme, 32 ans. Début : 5 ans. Douleurs. Vomissem[ts]. Amaigrissement considérable dans les derniers temps.	? Troubles dyspeptiques.	Anastomose entre les deux poches.	Estomac en sablier	Guérison opératoire et fonctionnelle. Bonne santé six mois après.

23 décemb. 1895	Lauenstein	Femme, 30 ans. Douleurs.	Ulcère de la petite courbure avec adhérences au foie.	Gastro-anastomose.	Estomac en sablier	Guérison.
3 janvier 1896	Schwarz	Femme, 30 ans. Début : 5 ans. Signes d'ulcère ancien. Vomissements. Douleurs. Dilatation d'estomac. Impossibilité de retirer le liquide introduit par le lavage.	Sténose du pylore.	Gastro-anastomose. Soulagement puis reprise des douleurs. Nouvelle laparotomie : section d'adhérences. Soulagement puis reprise des douleurs qui disparaissent par l'insufflation de l'estomac.	Estomac en bissac. Adhérences.	Guérison opératoire. Guérison fonctionnelle après seconde opération et insufflation de l'estomac.
1896	Langenbuck	Femme, 43 ans. Vomissements. Affaiblissement.	Sténose du pylore pour cancer ou ulcère.	Gastroplastie.	Estomac en sablier Ulcères.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Rechute. Puis guérison.

CURE RADICALE

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC ET MOTIF DE L'OPÉRATION	TRAITEMENT	DIAGNOSTIC POST-OPÉRATOIRE	RÉSULTAT
13 Décemb. 1882	Czerny — Maurer	Homme, 41 ans. Début : 2 ans. Douleurs. Vomissements. Dilatation de l'estomac Tumeur dans région pylorique.	Dilatation de l'estomac consécutive à un ulcère.	Résection d'un ulcère dont un des bords venait former soupape devant le pylore.		Guérison opératoire et fonctionnelle. Ultérieurement, disparition de la dilatation.
1888	Cordua	Femme, 46 ans. Début : 10 ans. Douleurs. Tumeur.	Ulcère d'estomac	Résection d'une partie de la paroi antérieure de l'estomac. Au centre de la partie reséquée : ulcère.	Ulcère.	Guérison opératoire. Le résultat fonctionnel n'est pas connu ; l'observation ayant été publiée sept jours après l'opération.
6 Septemb. 1891	E. Lambotte	Femme. Début : 6 ans.	Ulcère.	Excision de l'ulcère.	Ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle. Revue en bonne santé 1 an 1/2 après.
6 Septemb. 1892	E. Lambotte	Homme, 43 ans. Début : 5 ans. Symptômes d'ulcère de l'estomac. Affaiblissement.	Ulcère.	Résection d'ulcère.	Ulcère.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
?	E. Lambotte	Homme, 40 ans. Troubles d'estomac. [illegible]	Ulcère.	Ouvertu^re de l'es- [illegible]	Rien.	Guérison opératoire et fonction- [illegible]

22 Mars 1893	Doyen	Homme, 34 ans. Troubles dyspeptiques Cachexie.	Ulcère d'estomac avec contraction du pylore.	Gastro-entérostomie.	Ulcère de la petite courbure.	Guérison.
Novembre 1893	Doyen	Femme, 42 ans. Symptômes d'ulcère.	Ulcère.	Gastro-entérostomie.	Ulcère de la petite courbure.	Guérison.
Novembre 1893	Doyen	Homme, 40 ans. Crises gastralgiques anciennes. Hématémèses. Vomissements alimentaires. Amaigrissement progressif.	Ulcère d'estomac	Gastro-entérostomie antérieure.		Guérison.
1894	Schuchardt			Résection d'un ulcère.		Mort ultérieurement de cachexie. A l'autopsie, il existait un autre ulcère.
6 Avril 1895	Doyen — Robin	Homme, 44 ans. Début : 13 ans. Troubles dyspeptiques Est arrivé peu à peu à un état cachectique avancé.	Inefficacité du traitement médical Faiblesse du malade.	Gastro-entérostomie.	Ulcère de la petite courbure.	Guérison opératoire et fonctionnelle.
18 Mars 1877	Tuffier	Homme. Début : 2 ans. Douleurs. Vomissements. Hématémèse.	Ulcère d'estomac	Gastro-entérostomie postérieure.		Mort au 7e jour par une perforation de l'estomac, située au centre d'un ulcère adhérent à la face inférieure du foie.

CONCLUSIONS

1) L'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac, les perforations mises à part, est formellement indiquée dans les hémorrhagies graves, les adhérences péri-stomacales, la sténose du pylore, l'estomac biloculaire. Elle est justifiée dans les ulcères anciens, rebelles au traitement médical, et constituera ce qu'on peut appeler la cure radicale de l'ulcère.

2) Une hémorrhagie est grave lorsqu'elle ne cède pas immédiatement aux moyens médicaux employés pour l'arrêter. Il faudra intervenir d'autant plus rapidement qu'elle sera plus abondante. Suivant les circonstances, ce sera la suture des parois stomacales, la ligature des artères afférentes ou de l'artère intéressée que l'on devra pratiquer. L'opération pourra être complétée suivant les circonstances par une gastro-entérostomie.

3) Les adhérences péri-stomacales occasionnent parfois des phénomènes graves, et cela en agissant de façons multiples; elles peuvent arriver à mettre en danger la vie des malades. Leur libération s'impose, libération qui sera tantôt simple, tantôt complétée par une gastro-entérostomie, suivant les cas.

4) La sténose pylorique est fatalement mortelle, pour peu qu'elle soit un peu accentuée. Le rétablissement de la communication large entre l'estomac et l'intestin devra être fait par une gastro-entérostomie, plus efficace que la dilatation digitale, que la pyloroplastie; pas plus dangereuse qu'elles et infiniment moins grave que la pylorectomie.

5) Gastro-anastomose ou gastro-entérostomie seront les deux

moyens de traitement de l'estomac biloculaire, affection peu souvent diagnostiquée, mais qui n'a pas la rareté qu'on lui croit.

6) La cure radicale de l'ulcère me paraît justifiée dans les cas de vieux ulcères, d'ulcères récidivants où d'ulcères rebelles à toute thérapeutique médicale, — ulcères qui, tous, compromettent la vie du malade et font de ceux qui en sont atteints de véritables infirmes. La gastro-entérostomie me paraît devoir être préférée à la résection de l'ulcère : elle est tout aussi efficace pour le présent ; elle peut l'être davantage pour l'avenir ; elle est toujours applicable avec la même somme de gravité, ce qui n'existe pas pour la résection, qui peut, dans certains cas, être des plus difficiles.

7) Les indications opératoires, souvent, ne s'appuieront pas sur le diagnostic exact de la lésion, qu'il est, dans bien des circonstances, impossible de faire, mais sur l'état du malade, que n'améliore nullement le traitement médical bien fait et longtemps suivi.

8) La gastro-entérostomie est donc l'opération de choix pour la sténose du pylore et l'ulcère en voie d'évolution. On peut être appelé à la pratiquer dans certains cas d'adhérences ou d'estomac biloculaire et quelquefois d'hémorrhagie.

9) Les résultats de la gastro-entérostomie sur la fonction stomacale sont : d'une part, l'amélioration constante et le plus souvent complète de la motricité stomacale ; d'autre part, l'amélioration de la sécrétion au point de vue quantité, souvent au point de vue constitution. Dans tous les cas, c'est la guérison fonctionnelle du malade.

TABLE DES MATIÈRES

LILLE. — Imp. LE BIGOT Frères.